ROK V WARSZAWA 1931 PAŹDZIERNIK ZESZYT X

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Występowanie grypy epidemiczne i sporadyczne*)

DR. KOWALEWSKI.

Bełchatów.

Pozwolą czytelnicy, iż kilka własnych uwag wypowiem o występowaniu grypy; będą to uwagi do artykułu wydrukowanego w roczniku z 1928 r., „ZDROWIE", Organ Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego Poświęcony Higjenie Publicznej, pod redakcją Dra Józefa Polaka w Warszawie". i sądzę, nie zaszkodzę nauce klasycznej, głoszącej niepodzielnie, że jedyną przyczyną występowania, przypuśćmy, grypy, jest wtargnięcie od zewnątrz zarazka influenzy do ustroju żywego.

Artykuł, który podaję poniżej, wpadł mi przypadkowo teraz w ręce.

Artykuł ten brzmi jak następuje:

*) Udzielając miejsca wywodom d-ra Kowalewskiego czynimy to z tego względu, że artykuł niniejszy jest uzupełnieniem poglądów wypowiedzianych w pracy tego autora umieszczonej w numerze marcowym „Wiedzy". — Red.

DR. MAX. GRUNEWALD.

O SZERZENIU SIĘ GRYPY.

Małe pisemko popularne „Die gute Gesundheit" podaje zebrane przez Grunewalda dane ze statystyki grypy.

Zdaję się, że szerzenie się żadnej innej choroby nie przybiera tak rozległych rozmiarów jak — grypy. Zjawisko to znane jest już od dawna, kiedy to w czasie epidemji w niektórych miejscowościoch zapadało do $^4/_5$ ludności, np.: w roku 1782 w Petersburgu na początku zapadało 40.000, a w Królewcu 10.000 osób dziennie. Przeciętnie w czasie epidemji grypy zapada 40 — 50% ludności.

Oczywiście podanie cyfr dokładnych jest niemożliwe z tego względu, że znaczna część przypadków wogóle nie dostaje się do rąk lekarzy.

Szerzy się grypa we wszystkich strefach geograficznych. Choć względnie najczęściej występuje w klimacie chłodnym, nawet okolice podzwrotnikowe nie są wolne od niej.

Nie można również powiedzieć, by miała ona upodobanie wyłącznie do pewnych pór roku. Wprawdzie, pewne spostrzeżenia wskazywały na przejściowe okresy roku jak wiosna i jesień; jednak inne wskazują, że epidemje grypy mogą wybuchać również zimą i latem. Jedynie, gdy choroba ma charakter epidemiczny, najczęściej zdarza się w drugiej połowie zimy i na wiosnę, a najrzadziej latem.

Ruchemannowi udało się wykazać w Berlinie, że istnieje odwrotny stosunek pomiędzy liczbą wypadków grypy, a liczbą godzin słonecznych tego samego lub poprzedniego okresu. Podobnie i *Mygge* z Kopenhagi wykazał związek pomiędzy liczbą godzin słonecznych a szybkością szerzenia i trwania choroby. Statystyka wykazuje, że np.: w roku 1906 od października do stycznia liczba wypadków wzrastała, a od lutego do września spadała. Największa zatem liczba wypadków przypadała na miesiące najmniej słoneczne.

Niektórzy twierdzą, że grypa ma się względnie rzadko zdarzać w miejscowościach wysokogórskich; ale wymaga to jeszcze potwierdzenia.

Dotąd sporną jest jeszcze sprawa zarazka grypy. Gdy jedni uczeni, zwłaszcza prawie wszyscy niemieccy, uważają, że jest nim wyłącznie prątek influenzy, inni sądzą, że odgrywa on rolę drugorzędną, jest tylko zarazkiem wikłającym chorobę, wywołaną przez *nieznany jeszcze czynnik???*

Jednocześnie z epidemją u ludzi występują nieraz podobne epidemje u zwierząt, w niektórych wypadkach dają one za życia oraz przy badaniach pośmiertnych takież objawy, jak i grypa u ludzi.

Również epidemje u zwierząt mogą się szerzyć bardzo rozlegle. Wedle niektórych badaczy epidemja grypy u ludzi w Ameryce Północnej w r. 1873 pozostawała w związku z epidemją u koni w r. 1872 i 3. Jednocześnie z epidemjami u ludzi spotykamy wypadki choroby u psów i koni.

Zdarzały się wypadki, że choroba przechodziła z człowieka na zwierzęta (pies, papuga). Choć większość weterynarzy twierdzi, że zwierzęta przenoszą na inne zwierzęta, jednak według starego zdania *Hertwiga* — choroby nie udaje się przenieść nawet przez transfuzję krwi.

Również niema zgodności co do sposobu szerzenia się choroby u ludzi.

Wśród 2.643 spostrzegaczy, o których wspomina „Deutsche Sammelforschung“ 57,5% wypowiada się za szerzeniem się grypy od człowieka do człowieka przez kontakt, 42,5% — przeciw.

Wybuchowe występowanie epidemji, gdzie już pierwszego dnia często zapadają setki lub nawet tysiące osób, tłómaczy się tem, że zarazki choroby wypełniają na znacznej przestrzeni atmosferę, względnie wraz z nią przenoszą się na odległość. Oczywiście, w pojedyńczych wypadkach możliwe jest bezpośrednie przenoszenie na małą przestrzeń od człowieka do człowieka przez wydzieliny, np.: kaszel, ubranie i t. d.

Zauważono, że w większości epidemij na początku chorują dorośli, potem dzieci. Pewną odporność wykazują niemowlęta. Najczęściej zapadają osobniki w wieku od 21 do 50 r. życia, zwłaszcza wrażliwe są osoby o budowie mocnej, korpulentnej. Bardzo łatwo też zapadają na grypę chorzy na gościec i kiłę, oraz alkoholicy.

I t. d.

podpis *Dr. H. R.*

Powyższy artykuł pobudził mnie do refleksji i dlatego podam swoje uwagi:

Istotnie, grypa szerzy się epidemicznie i sporadycznie i niekiedy prawie wszystkie jednostki tego czy innego społeczeństwa w tym czy innym okresie czasu zapadają na tę chorobę. Jedni w ciężkiej postaci, inni w lekkiej, a nawet niektórzy nie zdają sobie sprawy, iż przechodzą lub przechodziły grypę. Ci ostatni są napozór zdrowi, żadnych klinicznych objawów nikt nie jest w stanie stwierdzić, prócz bakterjologa, który często w okresie epidemji grypy mógłby znaleźć prątki influenzy u takich osób.

Grypa szerzy się we wszystkich strefach geograficznych. Jeżeli chodzi o nasz pas geograficzny, w którym często wybuchają epidemje, to zapadanie na grypę jest zależne od ilości, przesyłanych promieni słonecznych, od warunków atmosferycznych oraz od stosunku uczuleń w danym roku

ustrojów ludzkich. W naszym pasie geograficznym mamy 4 pory roku. Poglądowo te 4 pory roku wyobraźmy sobie jako kropki przekreślone linjami. Linje te będą wyrażały ilość promieni przesyłanych w danej porze roku.



Lato. *Jesień.* *Zima.* *Wiosna.*

Widzimy, że ilość promieni jest różna i zależy od pory roku.

Co zaś do epidemij, które jakoby występują według niektórych badaczy latem, to bezwarunkowo epidemje grypy występują latem rzadziej, aczkolwiek się zdarzają.

Co do ustępu, w którym niemieccy uczeni twierdzą, że prątek influenzy jest jedyną przyczyną powstawania grypy, to w tym wypadku należy kategorycznie temu zaprzeczyć, gdyż jest on tylko współtowarzyszem podczas trwania choroby i zajmuje drugorzędne miejsce. Jest on faktycznie tylko kompanem podczas choroby czyli pasożytem i, pasożytując, upośledza ustrój nasz przez swe życiowe procesy, sedno jednak choroby tkwi w czem innem.

Jeżeli chodzi o ten nieznany czynnik, powodujący występowanie endemiczne czy epidemiczne grypy, to tę sprawę należy ująć w następujący sposób:

Wszak wiemy, iż cała masa materji, tworzącej ustrój żywy, jest oparta na ruchu, przewodnictwie i promieniowaniu. Na ten ruch przewodnictwa i promieniowania składa się jedna istota, którą inni nazywają duszą, a mianowicie jest to energja kinetyczno-wibracyjna, zawarta przedewszystkiem w samej krwi, a dana nam przez naszych ojców jako prawo natury.

Wobec tego, że energja życiowa kinetyczno-wibracyjna jest zawarta i ukryta w samej krwi, przeto krew dla utrzymania tej energji na stałym poziomie potrzebuje odnowy. Odnowa ta następuje wskutek chłonienia przedewszystkiem tlenu, co się uskutecznia przez właściwość dostosowania płuc i skóry do zewnętrznych warunków. Oczywiście, promienie słoneczne odgrywają w tym wypadku wielką rolę.

Rzecz prosta, że procesy życiowe krwi i wogóle soków ustrojowych w porze zimowej są słabsze niż latem, a to jest zależne od ilości promieni słońca i wogóle warunków atmosferycznych. Nic więc dziwnego, że zimową porą ustroje szybciej reagują na wahania temperatur.

Nie wystarcza powietrze i odżywianie, lecz potrzebne są promienie słońca jako główny czynnik do ruchu mas, z których wypływają różnorodne procesy życiowe naszego ustroju.

Powiedzieliśmy, że bodźcem ważnym do odżywiania krwi jest tlen, który chłoniemy zapomocą płuc i skóry. Grypa występuje najczęściej wówczas, gdy ulega zaburzeniu regulacja przedewszystkiem ciepła i przewodnictwa w ustroju. Wszak wiemy, iż przypuśćmy, powietrze gorące, wilgotne, suche, zimne i t. d., różnie działają na naszą skórę i wogóle ustrój. Np.: w ciepłocie powietrza 20 st. C. pocimy się, gdy zaś powietrze jest bardzo wilgotne, to parowanie ze skóry ustaje, w bardzo zaś suchem powietrzu odczuwamy mniejszą lub większą duszność i t. d. Nasza więc regulacja ciepła właśnie jest zależna od powyższych warunków.

Wiemy, iż podczas przemiany materji w ustroju ukryta energja z substancji odżywczych przechodzi w ciepło, reszta zaś jej przejawia się nazewnątrz w postaci różnorodnych ruchów naszego ciała i jego poszczególnych narządów. Ustrój posiada zdolność zwiększania lub zmniejszania produkcji ciepła przez utlenianie, odbywające się w samych tkankach, a biorące początek przez własności chłonienia tlenu zapomocą płuc i skóry. Świadomie również możemy podnieść produkcję ciepła przez ruch, a mianowicie przez zacieranie rąk, tupanie, bieganie i t. d. Tracimy znaczną ilość ciepła ustrojowego zapomocą skóry, oziębiamy ustrój również w większości przypadków zapomocą również skóry.

Wogóle rozstrój w regulacji ciepła ustrojowego może nastąpić przy wielu okolicznościach, np.: przy zimnie, przy wilgotnym powietrzu, na wietrze, przy niewystarczającym ubraniu, przy braku pracy mięśniowej i t. d. Ustrój nasz często może się znaleźć w niesprzyjających warunkach atmosferycznych, które w taki czy inny sposób ujemnie działają, i to może być dostateczną przyczyną, która wpłynie źle na odbywające się procesy fizjologiczne naszego ustroju, mogąc spowodować takie, czy inne zaburzenia względnie odchylenia od normy. Niezawodnie tlen w takich wypadkach gra główną rolę, jako czynnik utleniania w większym lub mniejszym stopniu. Także samo oddziaływują na nasze ustroje inne energje, jak: elektryczność w stanie rozproszenia, energje radjoczynne i t. d.

Wiemy, iż bezwarunkowo oddziaływują na nas zewnętrzne warunki , jak: zimne powietrze, wilgotne powietrze i t. d. Otóż, działając przedewszystkiem na skórę, jako powłokę o największej powierzchni, mogą do pewnego stopnia upośledzać, względnie zahamowywać jej normalną czynność. Upośledzenie, choćby chwilowe, normalnego załatwiania funkcji skóry siłą rzeczy musi się odbić na całokształcie ustroju. Oczywiście, na skutek tego powstaje odczyn w ustroju w postaci dreszczy, łamań w kościach i t. d.

Inaczej mówiąc, jeżeli występuje grypa sporadycznie czy też epidemicznie, to dlatego, że nasze ustroje, a zwłaszcza wrażliwe i dysponowane, ulegają porażeniu względnie urazowi atmosferycznemu w takiej czy innej porze roku.

Epidemje grypy w r. 1872 i 3, i w innych latach, a ostatnio 1929 r., powstawały nie dlatego, że prątek influenzy tak wszechwładnie panował w powietrzu, przenosząc się na ludzi i zakażając ich, lecz ustrój ludzki, a zresztą tyczy się to i zwierząt, będąc w okolicznościach niesprzyjających, sam w sobie stawał się siedliskiem rozmnażania się zarazków.

Przenoszenie zarazka z ustroju na ustrój jest zjawiskiem rzadkiem i używanie słowa zarażenie, winno być pojmowane, jeżeli chodzi o grypę, nie w sensie przeniesienia zarazka zzewnątrz, lecz raczej zmiany korzystnej dla nagłego jego rozmnażania się w tym samym ustroju. Wszystko żywe pochodzi od żywego. W ustroju znajdują się zawsze najprzeróżniejsze drobnoustroje, jak np.: z wydzielin jamy ustnej, z wydzielin nosa możemy wyhodować i wyodrębnić liczne mikroby, a flora bakteryjna jelit jaka jest obfita? Oczywiście mikroby te tworzą integralną całość i są niezawodnie potrzebne i usłużne ustrojowi, lecz podczas różnych odczynów ustrojowych flora bakteryjna może ulegać różnym ewolucjom, względnie może stać się wówczas niezmiernie obfitą, co niekorzystnie może wpływać na ustrój.

Wyżej żeśmy powiedzieli, iż promieni słonecznych zimą jest daleko mniej niż latem, a więc procesy życiowe soków ustrojowych są słabsze, oczywiście i procesy fizjologiczne z tego powodu leniwiej odbywają się, dlatego więc epidemje grypy częściej zdarzają się porą zimową. Ustrój człowieka jako słabszy i mniej odporny zimową porą, łatwiej ulega porażeniu atmosferycznemu, w pewnych momentach, sprowadzając odczyn w postaci gorączki, dreszczy, łamań i t. d. Oczywiście, tlen, jako energja działająca, gra w tych wypadkach najważniejszą rolę.

Lasecznik influenzy występuje w grypie nie dlatego, że musi on koniecznie dostać się od zewnątrz i „zakazić“, lecz jest on tylko współtowarzyszem przy odbywającej się reakcji w przemianach energji i materji nieprawidłowych w ustroju na skutek urazu atmosferycznego lub innego. *Hertwig* mówi, że zarazka nie udaje się przenieść nawet przez transfuzję krwi. Również niema zgodności co do sposobu szerzenia się choroby u ludzi.

Wśród 2.643 spostrzegaczy, (o których wspomina „Deutsche Sammelforschung“ 57,5% wypowiada się za szerzeniem grypy od człowieka do człowiek przez kontakt, a 42,5% wypowiada się przeciw. Otóż to przeciw powinno być nie 42,5%, lecz — 99,9%!

Jeżeli pojawiają się epidemje, podczas których już w pierwszych dniach zapadają tysiące osób, to nie dlatego, że w powietrzu unosi się tyle mikrobów grypy, zarażając ludzi, lecz ustrojowa wrażliwość i jednocześnie atmosferyczne warunki są tego przyczyną, a zwłaszcza gwałtowne wahania temperatur. Ustrój człowieka przeważnie zapomocą skóry, jako narządu bezpośrednio stykającego się z zewnętrznymi warunkami atmosferycznemi chłonie,

względnie traci dużo energji w środowisku, w jakiem się znajduje, co oczywiście nie pozostaje bez wpływu na dany ustrój.

Jakkolwiek człowiek wytwarza sobie sztucznie odpowiedni klimat dla swego ciała przez noszenie ubrań, ogrzewanie mieszkań i t. d. i jakkolwiek samoobronne czynniki donosza naszej świadomości, gdy ciało nasze jest brutalnie oziębiane lub ogrzewane, to jednak te samoobronne czynniki zawodzą w bardzo wielu innych wypadkach.

Gdy człowieka o spoconej skórze wystawić, przypuśćmy, na 20 minut na działanie zimnego powietrza, wiatru lub mrozu, to, będąc bez ruchu, utraci on dużą ilość ciepła ustrojowego, a to oczywiście jest w stanie wywołać odczyn ustroju, w takiej czy innej postaci.

Taki właśnie odczyn jest przyczyną powstania grypy. Czyli ustroje ulegają nienormalnemu u t l e n i e n i u względnie u t l e n i a n i u, co powoduje zmienne warunki w procesach soków i komórek ustrojowych podczas odbywania się procesów fizjologicznych, a następstwem tego jest odczyn, czyli reakcja, ustrojowa. W czasie takiej reakcji objawy kliniczne wykazują, iż mamy do czynienia z grypą i wówczas możemy doszukać się w takim ustroju prątków influenzy. Oczywiście, że prątki wówczas znajdują odpowiednie podłoże, na którym żyją i przez swoje życiowe procesy niekorzystnie oddziaływują na nasz ustrój. Naturalnie, ustrój wówczas musi walczyć na dwa fronty, a mianowicie, przedewszystkiem z odczynem jako takim, i z wydzielinami miljonów drobnoustrojów podczas egzystencji ich w naszem ustroju. Nie ulega kwestji, iż gdy ustrój pod względem reakcji czyli odczynu wraca do normy, to wówczas i niepożądane mikroby tracą sprzyjające ich bytowaniu warunki.

Wschodnie przysłowie mówi: „Wszechświat zrodził słońce, słońce zrodziło ziemię, ziemia zrodziła człowieka i zwierzęta“, a te mogą i są w stanie zrodzić mikroorganizmy.

Niezawodnie w tem przysłowiu jest bardzo wiele prawdy, zresztą wiemy przecież, że flora bakteryjna w ustroju naszem jest nader obfita, a więc czyż jesteśmy w stanie zaprzeczyć, że w niektórych momentach może mieć ona lepsze warunki życia, a nawet może zajść możność jej ewolucji?

Pod uwagę musimy brać i to, że miljardy drobnoustrojów, żyjących w koło nas, również przy pierwszej sposobności mogą dostawać się do naszego ustroju, jednakże chociaż one zawsze dostawać się mogą, lecz rozwijać i żyć mogą tylko przy szczególnych okolicznościach.

Krótko mówiąc, ustroje są czułe na zewnętrzne warunki, a zwłaszcza atmosferyczne i reagują na nie swoistemi odczynami. Takie odczyny wytwarzają specjalne podłoże w ustroju, podczas którego trwania flora bakteryjna natrafia na zmienione warunki biologiczne i może sama również podlegać zmianom i ewolucji.

Izolowanie chorych ma całkowite uzasadnienie z bardzo wielu względów, już choćby z tych, iż .każdy chory gorączkujący wydziela różne wypociny, często nawet o nieprzyjemnym zapachu, oraz wszelkie wydaliny zanieczyszczają najbliższą okolicę chorego.

W czasie epidemji są zwykle nakazy i polecenia unikania dużych zgromadzeń, oczywiście nie dlatego, że specjalnie jedni drugich mogą zarazić, lecz dlatego, że wszelkie duże zgromadzenia, a więc tłok, wytwarza większą temperaturę wśród otoczenia i gwałtowna zmiana miejsca, mianowicie przejście z ciepłego otoczenia do zimnego bez zachowania ostrożności może zaszkodzić ustrojowi.

Reasumując wszystko co powiedziałem, należy stwierdzić, iż występowanie grypy epidemiczne czy sporadyczne powstaje nie dlatego, że sam prątek influenzy jest w stanie wywołać tę chorobę, lecz on jest równorzędny przy odbywającej się reakcji w ustroju, powstałej z przyczyn różnych a przedewszystkiem wskutek nieodpowiednio powolnego lub gwałtownego utlenienia się ustroju, co powoduje rozstrojenie odbywających się procesów fizjologicznych, a następstwem tego jest odczyn i występowanie w obfitości prątków.

ZAKAZ KOFEINY PRZY DNIE.
(WYCIĄGI Z PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO).

LE GENDRE, P. (Lekarz Szpitala Lariboisière w Paryżu).
O leczeniu dietetycznem dny. Med. Klin. 1913, r. 9. str. 1757.

Autor odróżnia trzy rodzaje chorych ze skazą moczanową: 1. Grupa żołądkowo-wątrobowa, lub trzustkowo-jelitowa, której tło etjologiczne polega na nadmiernem odżywianiu. 2. Grupa sercowo-nerkowa, do której należą chorzy, którzy przed napadami i w okresie wolnym od napadów cierpią na zaburzenia układu krążenia i układu wydzielniczego. 3. Trzecia grupa, jest to grupa neurotroficzna, cechująca się nadmiernem przeciążeniem układu nerwowego. Co się tyczy diety między napadami dny, to należy przedewszystkiem unikać wszystkim tych związków, które dają materjał do wytwarzania kwasu moczowego. Również i kofeina i teobromina, znajdujące się w kawie, herbacie i kakao, przedstawiają związki metylopurynowe, czyli również o typie kwasu moczowego i z tego względu ilość ich w pożywieniu chorych dnawych powinna być możliwie jaknajmniejsza. Zwłaszcza u chorych na dnę z pobudliwym układem nerwowym należy surowo przestrzegać zakazu spożywania wszelkich związków pobudzających, a wśród nich również i kawy.

BRUGSCH, Theodor (profesor uniwersytetu w Berlinie).
Dietetyka chorób wewnętrznych. Berlin. Wydanie Juljus Springer, 1911.

W leczeniu dietetycznem chorych ze skazą moczanową Brugsch zaleca na pierwsze śniadanie: kawę bez kofeiny z 50 gr śmietanki, lub 100 gr mleka, 150 gr białego chleba, pozatem masło i miód. Również i na podwieczorek zaleca Brugsch kawę bez kofeiny. Rozumie się samo przez się, że przepisy te mają zastosowanie również i dla leczenia dietetycznego ostrego napadu dny.

Odnośnie do dietetyki chorych dotkniętych chorobami serca i naczyń Brugsch zaleca ograniczenie używek: kawy i herbaty. Można jednak, dodaje Brugsch, pozwolić pić zamiast kawy, tak zwaną kawę bez kofeiny, znajdującą ostatnio coraz większe rozpowszechnienie.

GARROD, Archibald E. (Londyn).
Leczenie dietetyczne dny. Med. Klinik. 1913, r. 9. str. 1153.

Autor porusza na zakończenie sprawę picia przy dnie kawy i herbaty i uważa, że byłoby w każdym razie pożądane, aby chorzy ze skazą moczanową ograniczyli ilość tych napojów.

Jeżeli przy zakazie kofeiny zaleca się bezkofeinową kawę Hag, wówczas pacjent nie jest zmuszony wykluczyć kawę ze swego pożywienia, co daje większą rękojmię ścisłego przestrzegania przepisów lekarza.

O czasie zajścia w ciążę i fizjologicznej bezpłodności u kobiety w okresie międzymenstruacyjnym.

Podał:

DR. MED. FRANCISZEK SIENICKI

W CZYŻEWIE.

Twierdzenie niektórych autorów prac *(Polano, Siegel, Nürnberger, Pryll, Jäger)*, że kobieta dojrzała płciowo może zajść w ciążę w każdej chwili między dwoma perjodami, zostały w ostatnich latach poważnie zachwiane, wobec prac i szeregu doświadczeń na zwierzętach jak i danych z obserwacji, opartych na materjale ludzkim. Oświetlenie tego zagadnienia w dużej mierze zawdzięczamy prof. *Knausowi* z kliniki ginekologicznej w Grazu. Wiadomą jest rzeczą, że nie każdy akt kopulacyjny mężczyzny z kobietą pociąga za sobą zajście w ciążę.

Przykłady na to mamy z czasów wojny, kiedy mąż jest w wojsku, na posadzie zdala od żony itp.

Dlaczego?

Zapłodnienie jest całkowicie prawie zależne od czasu owulacji (pomijam inne niezbędne warunki jak zdolność do: a) zajścia w ciążę kobiety i b) zapłodnienia mężczyzny), która wywiera tak potężny wpływ na cały ustrój kobiety, że *R. Meyer* odważył się na wypowiedzenie zdania: „propter ovum mulier est, quod est".

Wśród zwierząt królik zajmuje wyjątkowe położenie pod względem owulacji. Każdy akt kopulacyjny pociąga za sobą owulację, która występuje w około 10-ciu godzin po spółkowaniu. Stąd tak wielka, przysłowiowa płodność u królików.

Ażeby określić fizjologiczną bezpłodność u kobiety, musimy ustalić 3 rzeczy:

1. Czas owulacji u kobiety,
2. żywotność jajeczka po owulacji i
3. żywotność plemnika w narządach płciowych u kobiety.

Określenie czasu owulacji udało się przez zastosowanie nowego odczynu biologicznego, opisanego przez *Knausa*. Polega on na tem, że jeżeli kobiecie, nie posiadającej w jajniku ciałka żółtego, wstrzykniemy 0,1 cm^3 pituitryny, macica po 40 — 50 sekundach odpowiada silniejszym skurczem, co można wykazać na krzywej kymografjonu, po uprzedniem wypełnieniu jamy macicy 10% jodopiną i połączeniu za pomocą rurki gumowej z manometrem.

W razie obecności ciałka żółtego, wzniesienia się krzywej nie otrzymamy.

Ujemny odczyn da się już wykazać u kobiety z 4-ro tygodniowym okresem menstruacyjnym w **16 — 18** dniu, licząc od pierwszego dnia perjodu.

Badania na królikach wykazały, że od chwili owulacji do wystąpienia ujemnego odczynu przysadkowego upływa 24 godziny; możemy zatem przyjąć, że u kobiety to samo zjawisko trwa najwyżej 48 godzin.

Stąd u regularnie miesiączkującej kobiety z 4-ro tygodniowym okresem menstruacyjnym *owulacja ma miejsce w 14 — 16 dniu* okresu miesiączkowego.

Przechodzę teraz do określenia żywotności jajeczka, co jest niezbędne do oznaczenia górnej granicy płodności kobiety (st. conceptionis).

Jajeczko wkrótce po pęknięciu pęcherzyka Graafa musi ulec zapłodnieniu, ażeby mogło dojść do rozwinięcia się ciąży; w przeciwnym razie szybko ulega zwyrodnieniu i ginie.

Według doświadczeń *Hammond'a* i *Heape'a*, przeprowadzonych na królikach, jajeczko jest zdolne do zapłodnienia zaledwie 2 godziny, po pęknięciu pęcherzyka Graafa; według *Coste'a* i *Godlewskiego* niezapłodnione jajeczko ssaków i ptaków ginie bezpośrednio lub wkrótce po wyjściu z pęcherzyka Graafa. Z tych i innych doświadczeń ogólnobiologicznych mamy prawo sądzić, *że zdolność do zapłodnienia jajeczka*

u kobiety, po opuszczeniu pęcherzyka Graafa, *trwa najwyżej 24 godziny.*

Jak wynika z badań biologicznych na królikach, zagnieżdżone jajo wysyła bodźce, które są przyczyną zatrzymania się menstruacji i przemiany corpus luteum spurium w corpus luteum verum.

Według *Grossara* wędrówka zapłodnionego jaja do chwili zagnieżdżenia się w macicy trwa najmniej 10 dni.

Ażeby więc mogło dojść do zagnieżdżenia się jaja i perjod, mający się zjawić, został zatrzymany, słowem, żeby wyżej wymienione procesy miały czas się odbyć, musi czas spółkowania, zapłodnienia i owulacji zgadzać się i wypaść najdalej na 14 — 16 dzień.

Górną zatem granicą płodności kobiety z 4-o tyg. okr. menstr. będzie dzień 17-sty.

Aby określić dolną granicę musimy uwzględnić czas zdolności do zapłodnienia plemnika, który przebywa w narządach płciowych kobiety.

Z doświadczeń *Hammond'a* i *Asdell'a* po sztucznem zapłodnieniu, a następnie naturalnym ale bezpłodnym stosunku u królika, wynika, że po 32-ch godzinach pobytu w narządach płciowych samicy, plemniki tracą zdolność do zapłodnienia, nie tracąc jeszcze ruchów, które w ciągu kilku dni mogą zachować (ruchy zależą od ogonka, kiedy główka, odgrywająca dominującą rolę, może już ulec zwyrodnieniu).

Badania *Haussmanna, Runge'go* i innych nad długością życia plemników, wykazują, że można u nich stwierdzić ruchy zaledwie kilka dni, po odbytym stosunku.

Ruchliwość jednak plemnika nie jest równoznaczna z jego zdolnością do zapłodnienia, która jest daleko krótsza, jak tego dowodzą spostrzeżenia *Hammond'a* i *Asdell'a.*

Przyczynami, wpływającemi na osłabienie żywotności plemników, wg. *Crew'a* i *Moore'a*, są: wyższa temperatura narządów płciowych kobiety, niż w najądrzu mężczyzny i fagocytoza. Wpływ szkodliwy tych czynników tem mniej odbija się na plemnikach im znaczniejsza jest ich ilość, większy wytrysk i większa ich odporność.

Według *Waltona* za zdolnego do zapłodnienia mężczyznę należy uważać takiego, u którego w 1 cm^3 wytrysku znajduje się co najmniej 10^6 plemników i zupełnie niezdolnego, u którego w 3-ch cm^3 znajduje się 10^4 plemników. (Ilość normalna wynosi 6×10^7 w 1 cm^3). Czas, który zużywa plemnik na przebycie drogi przez jamę macicy i jajowody wynosi około 1½ godziny. Po omówieniu w krótkości cech żywotności plemnika, możemy powiedzieć, że w narządach płciowych kobiety, *po 48 godzinach pobytu nie jest on zdolny do zapłodnienia.*

Po tych wywodach możemy twierdzić, że *fizjologiczna bezpłodność u kobiety* dojrzałej płciowo, z 4-tygodniowym okr. menstr., *trwa pierwsze 10 dni i od 18-go dnia do ukazania się perjodu.*

Okres zaś od 11 do 17 dnia włącznie jest okresem płodności u kobiety — stadium conceptionis. Jako optimum zajścia w ciążę, należy uważać *14 — 16 dzień.*

Terminy, wyżej podane, nie są nowością ostatnich miesięcy i lat.

W roku akad. 1924/25 prof. *Czyżewicz* w wykładach położnictwa podał, że jest 17 dni w okresie międzymiesiączkowym kobiety, kiedy ciąża jest mało prawdopodobna. Okres wyżej nakreślony jest nieco dłuższy i wynosi około 20 dni, ale zobaczymy dalej, że może on być i krótszym. Talmud Babiloński głosi, że kobieta może zajść w ciążę wkrótce po kąpieli oczyszczającej.

Kąpiel ta wypada 8-go dnia po skończonym perjodzie, a więc około 12-go dnia okresu międzymiesiączkowego.

Obcowanie płciowe u żydów jest wzbronione:

a) co najmniej 24 godziny przed spodziewanym perjodem,

b) w czasie perjodu; w razie gdyby trwał krótko, ze względów rytualnych, należy go uważać za trwający co najmniej 5 dni,

c) w ciągu następnych 7-miu dni, licząc od 5-go dnia ukończonej menstruacji; jeżeli ta ostatnia trwa dłużej — tydzień po jej ukończeniu.

Z tego widać, że już prawo mojżeszowe przewidywało okres płodności i w tym czasie zalecało obcowanie płciowe.

Przy zachowaniu tych przepisów, Mojżesz wyraził życzenie do wiernych żydów:

„Idźcie i rozmnażajcie się, jak piasek w morzu". (Genesis 1. 28).

Tak przedstawia się sprawa u kobiet z regularnym 4-tygodniowym okresem menstruacyjnym.

A jak będzie się przedstawiała u kobiet

z okresem regularności krótszym lub dłuższym?

Czynność ciałka żółtego, jak wynika z doświadczeń *Ogino* na zwierzętach i danych po wprowadzeniu odczynu przysadkowego u ludzi, *trwa przeciętnie 14 dni.*

Jeżeli czas trwania okresu menstruacyjnego oznaczymy przez *a*, wtedy dolna granica płodności będzie wynosiła a — (14 + + 1 + 2) czyli *a — 17;* górna zaś a — 10 do a — 12 w przybliżeniu. Według tych wzorów łatwo jest obliczyć okres płodności, bez względu na to czy okres menstruacyjny jest krótszy czy dłuższy, byleby był regularny.

Jeżeli np. regularność występuje co 26 dni, owulacja ma miejsce około 12 — 13 dnia; granice płodności od 9 do 16 dnia włącznie. Optimum 11 — 12 dzień. Jeżeli okres trwa 30 dni — owulacja — 16-17 dnia; granice od 13 do 18 dnia. Optimum 15 — 16 dzień.

W razie ukazywania się menstruacji w odstępach regularnych i wahaniami co 26 do 30 dni, granicami płodności będzie 9 — 18 dzień włącznie.

Wyliczenia te nie wiele dadzą przy nieregularnych perjodach, ukazujących się raz co 3, drugi raz co 4 tygodnie i t. p.; podałem je dla łatwiejszego zorjentowania się.

Dopóki nie znajdziemy łatwego w użyciu środka pomocniczego w celu rozgraniczenia tych okresów natura w tych wypadkach może zgotować niespodzianki. W okresie laktacji należy liczyć się z pewnem opóźnieniem menstruacji, zależnem od hamującego wpływu laktacji na jajnik.

Wpływ hamujący na jajnik wywierają również: charłactwo, nadmierna praca fizyczna, znaczne różnice w klimacie, choroby przewlekłe i zaburzenia w przemianie materji.

Rozgraniczenie okresu płodności w tych przypadkach jest prawie niemożliwe. Wkracza to już w dziedzinę patologji, a wywody nasze dotyczą osób zdrowych.

Mimo, że dane, wyżej przytoczone, są oparte na doświadczeniach i spostrzeżeniach z życia seksualnego codziennego, większy jednak materjał w tej sprawie, pozwoli może jeszcze ściślej rozgraniczyć stadium conceptionis od st. sterilitatis physiologicae.

PIŚMIENNICTWO.

1. *A. Czyżewicz.* Położnictwo.
2. *Coste.* La fonction sexuelle, Paris 1910.
3. *Godlewski.* Handb. d. norm. u. path. Phys. Bd. 14.
4. *Knaus.* Münch. med. Wschr. 1929. Nr. 28 i 1931 Nr. 9.
5. *Knaus.* Zbl. f. Gynäk. Nr. 35 i 40. 1928.
6. *Knaus.* Arch. exper. Path. Bd. 124, 134, 138, 140, 141.
7. *Heape.* Proc. roy. Soc. B. 1905 vol. 76 (wg. Knaus'a).
8. *Walton and Hammond.* Brit. J. exper. Biol. 1928 v. 6.
9. *Hammond and Asdell.* Brit. J. exper. Biol. 1926, vol. 4.
10. *Siegel.* M. M. Wschr. 1916, Nr. 21 i 51.
11. *Nürnberger.* M. M. W. 1918, Nr. 9.
12. *Pryll.* Z. Geburtsh. Bd. 79.
13. *Jäger.* Zbl. Gynäk. 1917. Nr. 31.
14. *Grosser, Halban-Seitz.* Bd. 6.
15. *Haussmann, A. Hirschwald.* Berlin 1879.
16. *Runge.* Arch. Gynäk. Bd. 87.
17. *Crew.* Amer. J. Anat. 1922 vol. 56.
18. *Moore.* J. of. Anat. vol. 34.
19. *Waltzan.* Proc. roy. soc. B. 1927. vol. 101.
20. *Ogino.* Zbl. Gynäk. 1930. Nr. 8.
21. *R. Meyer* u. *Ruge.* Zbl. Gyn. 1913. Nr. 2.
22. *Polano.* Geburtsh. Ginäk. Propäd.
23. *Talmud Babiloński.* Traktaty „Niddale" fol. 31, b.
24. *Prawo Mojżeszowe.* Ks. m. Mojż. Cz. 15, w. 19-28 (wg. Knausa).

NIEZAWODNE LEKI KRĘTKOBÓJCZE

w KILE, DURACH I ZIMNICY

do stosowania śródmięśniowo:

„QUINBY SOLUBLE"

WODNY ROZTWÓR

JODO - BIZMUTANU - CHININY

Bezbarwny, nie plami, nie tłuści, nie drażni.

„Q U I N B Y"

JODO - BIZMUTAN - CHININY

W ZAWIESINIE OLEISTEJ.

PHOSPHACID

Dr. ROMANOWSKIEGO.

Wodnoglicerynowy roztwór niedotlenków wapniowo-fosforowych i fosforu mineralnego w stanie koloidalnym.

DZIAŁANIE: — Dzięki swej niezakończonej budowie chemicznej PHOSPHACID oddziaływuje energicznie w drodze chemo-biologicznej na odbudowę i uzdrowienie drobin protoplazmatycznych i jąder komórek.

WSKAZANIA:

ANEMJA,

REKONWALESCENCJA.

KRZYWICA,

NEURASTENJA,

CUKRZYCA,

GRUŹLICA: chirurgiczna, płucna, gruczołowa, skóry.

W sprzedaży: Pudełka po 6 amp. i po 12 amp. á 1 ccm.
„ „ 6 „ „ 12 „ á 2 ccm.

Stosuje się w postaci wstrzykiwań podskórnych, lub śródmięśniowych.

L. NASIEROWSKI Warszawa, Kaliska 9.
tel. 924-39 i 930-42.

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Wpływ gorączki na napady dychawicy oskrzelowej u dorosłych. (Influence de la température sur les crises d'asthme de l'adulte). Pasteur Vallery-Radot i G. Mauric.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 41. r. 1931.

Niektórzy autorowie a ostatnio *Danielopulo*, podają, że podczas gorączki u wielu chorych ustają napady dychawicy oskrzelowej, które przed gorączką bywały bardzo silne.

Autorowie podają krótkie historje choroby, dotyczące 45 chorych, u których obserwowano zachowanie się napadów dychawicy oskrzelowej w odniesieniu do podwyższonej ciepłoty ciała. W przeważającej liczbie przypadków chodziło o ciężkie napady dychawicy powtarzające się często, niekiedy nawet codzień. Z powyższych przypadków u 28-miu chorych napady ustąpiły całkowicie podczas wysokiej gorączki; u 6-ciu chorych w czasie gorączki napady nieraz ustępowały, czasem jednak trwały nadal; u 8-miu chorych gorączka nie przerywała napadów; u 3 zaś napady występowały równocześnie z gorączką.

Bliższa obserwacja kliniczna wykazuje, że chorzy, który byli wolni od napadów podczas gorączki, nie różnili się od pozostałych chorych ani pod względem wieku, ani zmian patologicznych, ani też nadwrażliwości względnie uczulenia. Także i cierpienia, które wywołały gorączkę bywały rozmaite u wszystkich obserwowanych chorych, a mianowicie: gorączka z powodu zmian płucnych (zapalenie opłucnej, zapalenie płuc, nieżyt oskrzeli), gorączka zakaźna, gorączka z powodu ropienia i t. p. Jedynie wysokość gorączki ma tu, zdaje się, pewne znaczenie, ale także indywidualne. Zazwyczaj dopiero gorączki powyżej 38.5°, względnie 39° wstrzymywały napady dychawicy. Po ustąpieniu gorączki napady znowu powracały po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu, przytem okres wolny od napadów był w przybliżeniu proporcjonalny do czasu trwania gorączki. Należy też zaznaczyć, że równoważniki dychawicy oskrzelowej, jak napadowy nieżyt nosa, napadowy kaszel i t. p. nie wykazywały tej samej skłonności do ustępywania pod wpływem gorączki, jak prawdziwe napady dychawicy.

W dalszej części swej pracy autorowie podają w skróceniu badania nad wpływem gorączki, wywołanej sztucznie, na napady dychawicy oskrzelowej. W tym celu chorym wstrzykiwano 1%-towy roztwór siarki w oliwie, nukleinian sodu i propidon. Leki te stosowano zarówno u chorych, u których napady dychawicy ustępowały pod wpływem naturalnej gorączki, jak i u chorych z dychawicą, którzy byli oporni na wpływ gorączki naturalnej w tym kierunku. Te badania wykazały, że sztucznie wywołana gorączka usuwała napady dychawicy w pierwszej grupie chorych, pozostała natomiast bez wpływu w drugiej grupie. Lecz i tu, należy zaznaczyć, osiągnąć trzeba wyższy stopień gorączki dla otrzymania dodatniego wyniku.

Autorowie wyprowadzają następujące wnioski ze swych obserwacji i badań: napady dychawicy oskrzelowej u osób dorosłych ustępują w przeważającej liczbie przypadków zarówno pod wpływem gorączki naturalnej, jak i sztucznie wywołanej; gorączka naturalna wstrzymuje napady dychawicy oskrzelowej na rozmaicie długi przeciąg czasu, wpływ zaś gorączki wywołanej sztucznie jest czasowo ściśle ograniczony; gorączka musi osiągnąć pewien stopień natężenia, odmienny dla każdego chorego, aby mogła wstrzymać napady dychawicy oskrzelowej.

Dyskusja.

Flandin zaznacza, że choroby zakaźne, nawet bez gorączki, mogą wstrzymywać napady dychawicy, tam, zaś, gdzie gorączka wstrzymuje napady, tam też zachodzą rozmaite zmiany w cieczach ustroju, skutkiem czego trudno jest mówić o wpływie samej gorączki na ustąpienie napadów dychawicy. Mówca próbował stosować diatermję na klatkę piersiową, lecz okazało się, że to miejscowe przegrzewanie nie dało wyraźnych wyników.

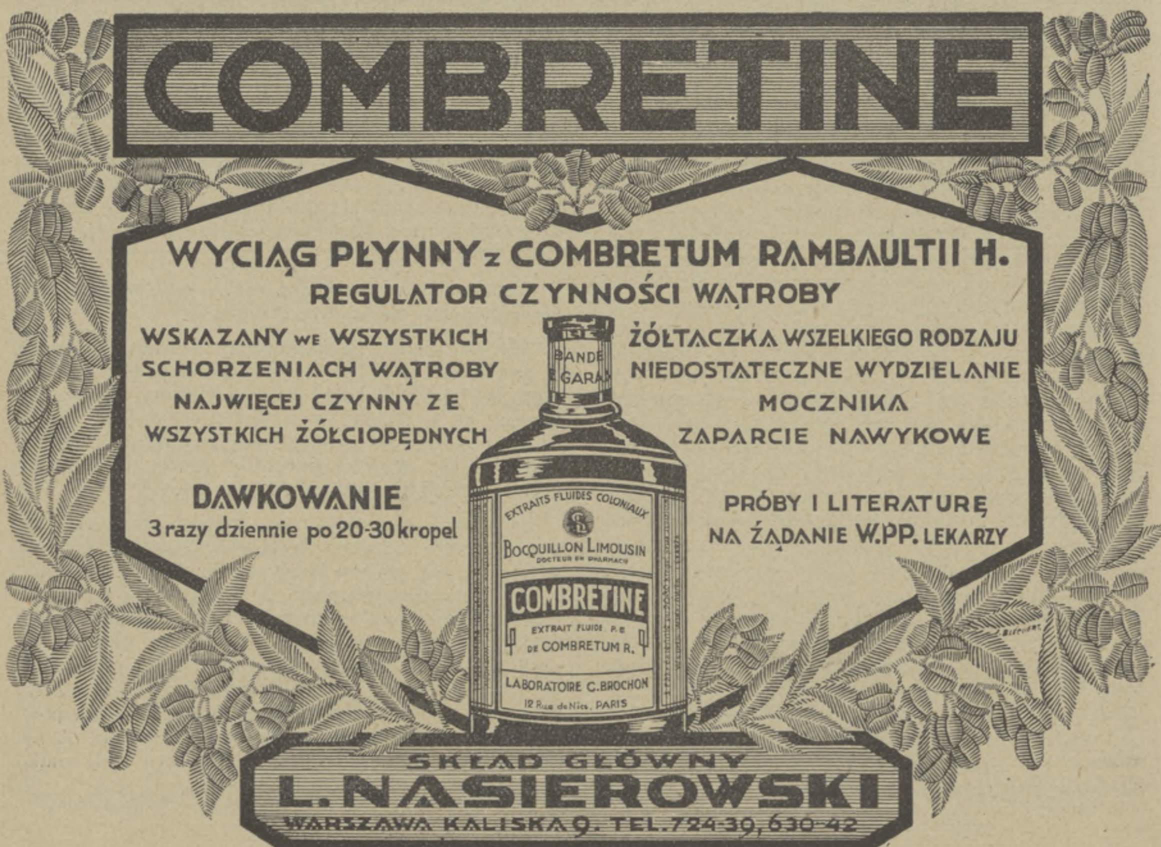
W odpowiedzi *Pasteur Vallery-Radot* podkreśla, że w swych badaniach należycie oceniał powikłane stosunki, które powstają w czasie zakaźnej gorączki i które mogą wpłynąć na ustąpienie napadów dychawicy. W nielicznych, coprawda, badaniach nad wpływem diatermji na napady dychawicy oskrzelowej autorowie nie otrzymali żadnych wyników.

Comby spostrzegał skuteczny wpływ gorączki na ustąpienie napadów dychawicy.

Cathala sądzi, że mechanizm działania gorączki zakaźnej i innej na ustąpienie napadów dychawicy u dorosłych musi być powikłany, przyczem uderza, że u dzieci, w przeciwieństwie do dorosłych, napady dychawicy oskrzelowej przeważnie przebiegają z wysoką gorączką, nawet przy braku jakichkolwiek innych powikłań.

Decourt podkreśla, że wpływ gorączki na wstrzymanie napadów dychawicy oskrzelowej jest taki sam, jak wpływ gorączki na inne stany chorobowe, charakteryzujące się napadowem występowaniem z cechami skurczu. Wpływ ten znany był także i dawnym autorom, którzy tę obserwację ujęli w znane powiedzenie (febris tollit spasmum, przyp. ref.). Np. znane jest ustępowanie napadów padaczki pod wpływem gorączki. Mówca podkreśla, że w mechaniźmie działania gorączki na tego rodzaju choroby, niewątpliwie, gra rolę zmiana stosunku układu współczulnego.


LECZENIE DUSZNOŚCI WSZELKIEGO POCHODZENIA
Oryginalny preparat
Pneumogeine
przygotowany w kraju.
Wskazania:
Rozedma płuc, Dychawica, Miażdżyca, Przewlekły nieżyt oskrzeli, Przewlekłe schorzenia sercowo-nerkowe.
Wszelkie wskazania terapji jodowej.
DAWKOWANIE:
DAWKI ZWYKŁE: 2-6 ŁYŻECZEK OD HERBATY DZIENNIE.
DAWKĘ DZIENNĄ WLAĆ DO SZKLANKI WODY OCUKRZONEJ I POPIJAĆ MAŁEMI ŁYKAMI W CIĄGU DNIA.
DAWKA DLA DZIECI – STOSOWNIE DO WIEKU.
L. WŁODARCZYK
L. NASIEROWSKI · Warzawa Kaliska 9, tel. 924-39; 930-42 Próby i literatura na żądanie Wpp. Lekarzy.


COMBRETINE
WYCIĄG PŁYNNY z COMBRETUM RAMBAULTII H.
REGULATOR CZYNNOŚCI WĄTROBY
WSKAZANY we WSZYSTKICH SCHORZENIACH WĄTROBY NAJWIĘCEJ CZYNNY ZE WSZYSTKICH ŻÓŁCIOPĘDNYCH
ŻÓŁTACZKA WSZELKIEGO RODZAJU NIEDOSTATECZNE WYDZIELANIE MOCZNIKA ZAPARCIE NAWYKOWE
DAWKOWANIE
3 razy dziennie po 20-30 kropel
PRÓBY I LITERATURĘ NA ŻĄDANIE W.PP. LEKARZY
EXTRAITS FLUIDES COLONIAUX
BOCQUILLON LIMOUSIN
COMBRETINE
EXTRAIT FLUIDE
DE COMBRETUM R.
LABORATOIRE C. BROCHON
12 Rue de Nice, PARIS
SKŁAD GŁÓWNY
L. NASIEROWSKI
WARSZAWA KALISKA 9. TEL. 724-39, 630-42

Wpływ antymonu na przewlekłe choroby gruczołów. (L'action de l'antimoine sur les adénopathies chroniques). P. Chevallier.

W dawnych czasach (w połowie 18 wieku) stosowanie antymonu w przewlekłych, przerostowych zapaleniach gruczołów było ogólne. Stosowano antymon w niewielkich dawkach, przez 2 do 3 miesięcy, często w połączeniu z rtęcią, siarką i t. p. oraz z djetą, odpowiadającą djecie Gersona. Chodzi tu o podawanie antymonu, poza jego działaniem wymiotnem.

Autor stosował antymon tylko w bardzo przewlekłych przypadkach, bez zaostrzeń i stwierdzał bardzo dobre wyniki, zwłaszcza w kierunku podniesienia ogólnego stanu chorych. Szczególnie dobre wyniki daje antymon w przypadkach zmian gruczołowych na tle gruźlicy. Dwuwiekowe stosowanie antymonu w tych przypadkach wykazuje, że lek ten daje dobre wyniki jedynie tam, gdzie przebieg choroby jest bardzo przewlekły, na co wskazuje, między innymi, badanie krwi. Tylko przypadki, przebiegające z limfocytozą nadają się do tego sposobu leczenia. Podobnie dobre wyniki można otrzymać w chorobie Hodgkin'a (lymphogranulomatosis), lecz i tu, tylko w przypadkach o łagodnym przebiegu, z małą gorączką, bez wyniszczenia, bez znacznej eozynofilji i neutrofilji.

Autor podawał antymon pod postacią przetworu stibyal, wstrzykując go co drugi dzień w dawkach od 0.01 do 0.04 gr. Serja składała się z 12-tu wstrzyknięć. Należy zaznaczyć, że wyższe dawki od 0.05 gr. w górę wywoływały zazwyczaj nudności. W stosowaniu antymonu należy być ostrożnym, gdyż obok powyższych, niepożądanych objawów, zbyt duże dawki tego leku wywołują pogorszenie zasadniczej sprawy chorobowej.

Uwagi krytyczne o etjologji kiłowej w ważniejszych cierpieniach tętnic. (Rémarques critiques sur le role etiologique de la syphilis dans les principales maladies des artères). C. Lian, A. Blondel, R. Barrieu i Fr. Ribas Soberano.

Paris Médical. Nr. 27. r. 1931.

Według autorów znaczenie etjologji kiłowej w rozmaitych cierpieniach tętnic jest często przeceniane.

Aortitis.

Według *Etienne'a* kiła występowała w 82% wszystkich przypadków aortitis. Według autorów, po odrzuceniu przypadków ze zmianami w tętnicy głównej, które występują po 60-tym roku życia, a których przyczyną jest niewątpliwie miażdżyca — rola etiologji kiłowej będzie różna i zależna od dalszego podziału zapaleń tętnicy głównej. W szczególności autorowie wykazali niewątpliwie kiłową naturę w 86% tętniaka tętnicy głównej, następnie w 81% przewlekłego zapalenia tętnicy głównej z równoczesną niedomykalnością zastawek półksiężycowych a natomiast tylko w 32% zapaleń tętnicy głównej bez tętniaków i bez niedomykalności zastawek. Materjał autorów składa się z 201 przypadków, osobników do 60-ciu lat, u których można było wyłączyć etjologję gośćcową cierpienia.

Następnie autorowie omawiają stosunek kiły do miażdżycy, szczególnie zaś rozpatrują etjologję miażdżycy, w której obok wielu czynników, jak autointoksykacja (cukrzyca, dna i t. p.) heterointoksykacja (alkoholizm, zatrucie ołowiem i t. p.) grają także rolę zakażenia, zwłaszcza natury przewlekłej. Autorowie uważają miażdżycę za dyskrazję, występującą w wieku około 50-ciu lat, której wyrazem jest nadciśnienie tętnicze, zmiany włókniste w narządach wewnętrznych oraz zmiany miażdżycowe w naczyniach. Wszystkie te zmiany stoją w ścisłym związku z zaburzeniami humoralnymi, jakie powstają w późniejszym wieku, jako wynik wielu złożonych, wyżej wymienionych czynników. Między rozmaitemi chorobami zakaźnemi, które mogą wywołać czy też przyczynić się do powstania miażdżycy, znajduje się też i kiła. Z powyższego wynika, że kiła może wywoływać zmiany w tętnicach a szczególnie w tętnicy głównej w dwojaki sposób: albo bezpośrednio, jako aortitis luetica, która to zmiana jest charakterystyczna tylko dla osobników, zakażonych krętkiem bladym, albo też kiła może być przyczyną tych złożonych zmian, właściwych późniejszemu wiekowi a których wyrazem, obok wielu innych, jest także miażdżyca tętnic, szczególnie zaś miażdżyca tętnicy głównej.

Arteriitis pulmonaris.

Arrilaga sądzi, że arteriitis pulmonaris występująca nawet jako sprawa wtórna w zwężeniu ujścia żylnego lewego, lub w stwardnieniach płucnych, nie mówiąc już o sprawach pierwotnych, jest zawsze natury kiłowej. autorowie nie zaprzeczają powyższemu zadaniu, sądzą jednak, że dotychczas zebrany materjał nie pozwala na tak wyłączne traktowanie tej sprawy. Wątpliwa jest zwłaszcza etjologja kiłowa w tych przypadkach arteriitis pulmonaris, w których czynniki mechaniczne (jak zwiększone ciśnienie w krążeniu małem w przypadkach zwężenia ujścia żylnego lewego) grają główną rolę a brak jest bezwzględnych dowodów zakażenia kiłowego.

Arteriitis cerebralis.

Autorowie przytaczają starą prawdę, że porażenie połowicze, występujące u osobnika bez zmian w sercu, należy odnieść do kiłowych zmian w naczyniach mózgu. Odnosi się to zwłaszcza do osobników poniżej lat 50-ciu, gdyż w późniejszym wieku należy myśleć przedewszystkiem o miażdżycy.

Arteriitis obliterans kończyn dolnych.

U starszych osobników chodzić będzie w tych przypadkach niewątpliwie o miażdżycę, w wieku młodszym, wbrew ogólnym twierdzeniom, etjologja kiłowa bynajmniej nie jest częstą. *Weber* i *Buerger* podkreślają, że w arteriitis juvenilis etjologji kiłowej prawie nie stwierdzali. Autorowie na 52 przypadki chromania przestankowego, wywołanego przez arteriitis obliterans u chorych między 40-tym a 50-tym rokiem życia znaleźli zaledwo 6 przypadków kiłowych.

Arteriitis arteriae subclaviae.

Lian, Guilbert — Dreyfus i *Puech* opisali pierwsi w roku 1927, zespół wyrażający się wyraźnym szmerem skurczowym, słyszalnym nad obojczykiem, przy słabszym szmerze u podstawy serca oraz obniżeniem ciśnienia tętniczego na jednym ramieniu. Zespół ten jest wyrazem zwężenia światła w truncus brachiocephalicus lub tętnicy podobojczykowej w miejscu jej odejścia od tętnicy głównej. Zwężenie to jest wywołane procesem w tętnicy głównej, umiejscowionym w miejscu odejścia powyższych

pni tętniczych. Etjologja tej sprawy chorobowej jest często kiłowa, nie tak wyłącznie jednak, jak sądzi o tem ostatnio *Landau i Held.*

Tętniaki tętnic obwodowych.

Kiłowa natura tych spraw zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, nawet wówczas, gdy czynnik urazowy wchodzi w grę. Inna etjologja, jak ostry gościec stawowy, endocarditis lenta i t. d. należą tu do wyjątków.

Dusznica bolesna pochodzenia sercowo-tętniczego.

Dusznica bolesna często łączy się ze zmianami w tętnicy głównej i dlatego w dużej statystyce *Lian'a* i *Vernes'a* z r. 1914, opartej na 486-ciu przypadkach dusznicy bolesnej znajdujemy 87% kiły w przypadkach ze zmianami w tętnicy głównej i w zastawkach aorty, (62 przypadki). Następnie kiłę stwierdzono w 3 przypadkach z tętniakiem aorty, i w 1 przypadku na 3, obserwowane ze zwężeniem ujścia tętniczego lewego. Natomiast w 418 przypadkach dusznicy bolesnej, wysiłkowej bez powyżej wymienionych zmian, stwierdzono kiłę tylko w 85-ciu przypadkach, t. j. 21%. W dalszych 283 przypadkach autorowie stwierdzili kiłę w 27%. Statystyka *Gallavardin'a* wykazuję kiłową naturę w 12%, po odrzuceniu przypadków z tętniakami aorty i z aortitis wraz z niedomykalnością zastawek.

Z powyższych statystyk wynika, że dusznica bolesna, występująca bez aortitis z równoczesną niedomykalnością zastawek aorty oraz bez tętniaka aorty, wykazuje zaledwo w jednej czwartej przypadków naturę kiłową.

Poza tą postacią dusznicy bolesnej, autorowie przytaczają zespół ostrej dusznicy bolesnej z gorączką, wskutek zmian w tętnicy wieńcowej serca, podany przez *Lian'a* w 1921 roku. Zespół ten objawia się znacznem natężeniem dusznicy bolesnej i jej długotrwałością (parę dni — état de mal), ostrem osłabieniem mięśnia sercowego, wyrażającem się znacznym spadkiem ciśnienia tętniczego oraz gorączką, trwającą 8 do 10 dni. Nadto można tu niekiedy stwierdzić także i tarcie osierdziowe. *Lian*, jako podstawę anatomiczną powyższego zespołu podaje coronaritis obliterans, która doprowadza do niedokrwienia mięśnia sercowego. Według badań *Lian'a* a także i *Levine'a*, oraz *Donzelot'a* a wreszcie i *Carey'a*, *Coombs'a* kiła rzadko tylko gra etjologiczną rolę w powyższym zespole.

Nadciśnienie tętnicze.

Autorowie sądzą, że przyczyną nadciśnienia mogą być nie tylko zmiany w nerkach, ale także i zmiany humoralne, wywołane zaburzeniami w zakresie gruczołów dokrewnych oraz układu współczulnego. Dlatego też sądzą, że tam, gdzie można wyłączyć takie przyczyny nadciśnienia, jak zapalenie nerek, zatrucie ołowiem, dna i t. p., tam kiła może grać rolę w etjologji nadciśnienia, aczkolwiek ta rola jest przez wielu lekarzy często przesadzana. Na swoim materjale 291 chorych z nadciśnieniem tętniczem udało się autorom stwierdzić kiłową naturę nadciśnienia w 35%.

Podciśnienie tętnicze.

W powyższem cierpieniu, po wyłączeniu przypadków podciśnienia wtórnego, (choroby zakaźne i t. p.) natura kiłowa występuje bardzo rzadko i raczej tylko pod postacią kiły wrodzonej.

Rodanek potasu w leczeniu nadciśnienia tętniczego. (Le rhodanate de potassium dans le traitement de l'hypertension). A. Bénichou.

Paris Médical. Nr. 27. r. 1931.

Szereg autorów amerykańskich i niemieckich stosowało rodanek potasu w leczeniu nadciśnienia tętniczego. Ostatnio *Fineberg* w Stanach Zjednoczonych otrzymał poprawę w 57% przypadków, opornych na inny sposób leczenia. Poprawa ta wyrażała się spadkiem ciśnienia tętniczego conajmniej o 3 cm słupa rtęci, przyczem jednak brak było poprawy stanu podmiotowego. Autor zastosował u swoich chorych następujące leczenie: 1) spokój i uregulowanie trybu życia w ciągu jednego miesiąca. 2) jak wyżej, a nadto leki uspokajające, a mianowicie chloral w dawce 0.6 gr. dziennie przez trzy tygodnie, 3) spokój i uregulowanie trybu życia, a nadto rodanek potasu w roztworze wodnym, doustnie podawany trzy razy dziennie w dawce dziennej 0.9 gr.

Autor zwraca uwagę na konieczność stosowania czystego preparatu, po którym nie widział żadnych objawów, ani zatrucia, ani nietolerancji.

Wpowyższy sposób podano leczenie 30 chorych z nadciśnieniem tętniczem między 17 a 28 cm słupa rtęci. Zawartość mocznika we krwi nie przekraczała 0.6 gr. na 1 litr. Jako wynik dodatni uważano stały spadek ciśnienia conajmniej o 3 cm słupa rtęci. Z powyższych 30 przypadków u 10-ciu chorych uzyskano poprawę zapomocą pierwszej metody leczniczej. Zapomocą drugiej metody leczniczej, z opornych wobec pierwszej metody przypadków tylko 4 wykazało spadek ciśnienia tętniczego. Z pośród pozostałych 16-tu chorych, opornych na powyższe dwa sposoby leczenia, poddano 15-tu chorych leczeniu zapomocą rodanku potasu. Z tych przypadków: 10-ciu chorych wykazało spadek ponad 3 cm słupa rtęci po upływie dwuch do pięciu tygodni leczenia.

Z tego zestawienia wynika, że około 63% chorych, opornych na leczenie zapomocą spokoju, uregulowania trybu życia i środków uspokajających, wykazało wyraźną poprawę pod wpływem rodanku potasu, wobec czego autor poleca stosowanie tego leku w nadciśnieniu tętniczem na przemian z innymi, dotychczasowymi sposobami leczenia.

Próchnica zębów i odżywianie. (Carie dentaire et alimentation). M. Romme.

Presse Méd. Nr. 41. r. 1931.

Badania bakterjologiczne nie pozwoliły niestety na wyjaśnienie powstawania próchnicy zębów. W ostatnich czasach *Bunting*, na materjale 427 przypadków, zdołał wprawdzie wykazać, że w 98 35% ludzi cierpiących na próchnicę zębów znajduje się w jamie ustnej bacillus acidophilus, podczas gdy u ludzi zdrowych na 184 przypadki, tylko raz udało się wychować ten drobnoustrój — to jednak badania tego samego autora, doprowadzone w innym kierunku, wykazały, że sama higjena jamy ustnej nie zdoła uchronić przed powstaniem próchnicy zębów. W tym celu ten autor podzielił znaczną liczbę dzieci na 5 grup, które obserwował w ciągu roku. Poszczególne grupy pozostawały w rozmaitych warunkach mieszkania i odżywiania, u wszystkich jednak dzieci dbano usilnie o higjenę jamy ustnej. W grupie dzieci, które były odpowiednio odżywiane, stwierdzono próchnicę zębów zaledwo w 5% do 6%, podczas gdy w tej gru-

pie, w której dzieci były nieodpowiednio odżywiane, stwierdzono próchnicę zębów w 50%, mimo doskonałej higjeny jamy ustnej.

Badania nad wpływem odżywiania na powstawanie próchnicy zębów wykazały, że próchnica, jako proces odwapniania kości, pozostaje w ścisłym związku z ogólną przemianą wapniową ustroju. Najkorzystniejszy wpływ w kierunku przeciwdziałania powstawaniu próchnicy zębów wykazało szerokie stosowanie witaminy D, pod postacią naświetlanego ergosterolu. Nie ulega jednak kwestji, że niedostateczna ilość i innych witamin wpływa na przemianę materji ustroju i tą drogą oczywiście dochodzi do wtórnych zaburzeń w przemianie wapnia a nadto powstające stąd choroby wybitnie wpływają na uleganie zakażeniom i t. d.

Dalsze obserwacje porównawcze wykazały, że istnieją kraje, a raczej warunki klimatyczne, gdzie w tubylczej ludności nie stwierdza się próchnicy zębów. Do takich krajów należą okolice podbiegunowe i kraje gorące. Fakt ten daje się łatwo wytłumaczyć silnem naświetlaniem, zwłaszcza promieniami ultrafjoletowemi, pod których wpływem ergosterol zamienia się na witaminę D. Bogactwo naświetlenia w krajach gorących jest wprost zrozumiałe, co się tyczy zaś krajów podbiegunowych (eskimosi), to znaczną rolę zdaje się grać śnieg i lód, które odbijają promienie słoneczne. Wszak znane są w tych krajach rumienie, powstające skutkiem odbijania się promieni słonecznych. Faktem też jest, że odporność wobec próchnicy zębów uzyskują mieszkańcy tych okolic tylko dzięki naświetlaniom, gdyż po przeniesieniu się ich w inne okolice i temsamem pozbawieniu się tych warunków, ulegają oni próchnicy.

W naszych warunkach, w celach leczniczych i zapobiegawczych wobec próchnicy zębów, należałoby stosować obok odpowiednio przygotowanych preparatów witaminowych, obok odpowiednich warunków mieszkania i trybu życia, także i odpowiednie odżywianie. W tym celu *Sherman* i *Smith* radzą dzielić dzienną rację żywnościową na trzy równe części, z których jedną część powinno stanowić mleko, drugą jarzyny i owoce, trzecią zaś mięso, potrawy mączne i cukier. *Mc Colum* podaje następującą djetę: 1 litr mleka w stanie czystym, dwa posiłki pod postacią sałat, owoców i jarzyn oraz obfity dodatek gotowanych jarzyn zielonych.

Wpływ postu na doświadczalną hyperglykemję. (Jeune et hyperglycémies provoquées). H. Chabanier, C. Lobo-Onell i E. Lélu.

Presse Méd. Nr. 60. r. 1931.

Od szeregu lat dla oceny stopnia cukrzycy, a zwłaszcza dla wykrycia początkowych zaburzeń w przemianie węglowodanowej, stosujemy badanie, polegające na kilkakrotnem określeniu cukru we krwi bezpośrednio po podaniu doustnem glukozy. Jako wyraz zaburzenia w przemianie węglowodanowej uważamy bądź to zbyt wysoką hyperglykemję, bądź też zbyt długo trwającą, bądź wreszcie oba te objawy razem. Autorowie udowadniali już kilkakrotnie, że powyższe badanie wykazuje zaburzenia nie tylko u chorych na cukrzycę, ale może być także wynikiem zaburzeń w czynności glykogenicznej, jak to n. p. spotykamy u chorych na wątrobę.

W niniejszej pracy autorowie przynoszą nowe dowody na to, że i inne także czynniki wpływają na wynik omawianej próby. A mianowicie okazuje się z ich badań, że krzywa hyperglykemiczna po podaniu glukozy wypada u badanego osobnika rozmaicie, w zależności od sposobu odżywiania w dniach poprzedzających badanie. Brak pokarmów cukrotwórczych w dniach poprzedzających badanie wpływa na krzywą hyperglykemiczną (po podaniu glukozy) w kierunku, który należałoby uważać za wyraz zaburzenia przemiany węglowodanowej a mianowicie przecukrzenie krwi wzmaga się niepomiernie i trwa zbyt długo. Nieuwzględnienie zatem powyższych warunków w dniach poprzedzających badanie, musi nas wprowadzić w błąd i skłonić do przyjęcia wyników badania za wyraz poważnych zaburzeń a nawet istnienia cukrzycy tam, gdzie jej niema. Brak ściśle ustalonych zasad w postępowaniu w dniach, poprzedzających badanie, czyni zatem omawiane doświadczenie mało wartościowem dla celów praktycznych.

W dalszych badaniach, mających na celu wyjaśnienie, dlaczego post, względnie brak pokarmów cukrotwórczych, wywołuje zbytnie przecukrzenie, autorowie dochodzą do wniosku, że wspomniane warunki wywołują zmniejszenie się insulinemji. Te badania są w zgodzie z dotychczasowymi doświadczeniami, które dowodzą, że przecukrzenie wzmaga wydzielanie insuliny, podczas, gdy niedocukrzenie działa odwrotnie. Autorowie przechodzą następnie do krótkiego omówienia cukrzycy w myśl powyższych poglądów. Występują oni przytem przeciwko stosowaniu postów w leczeniu chorych na cukrzycę, dowodząc, że przez to obniża się wprawdzie glykemję, ale zmniejsza się zarazem i insulinemję, wobec czego pogarsza się tem samem istotny stan cukrzycowy. Autorowie podkreślają przytem, że stosując odpowiednie odżywianie u osób dotkniętych cukrzycą, oraz podając insulinę, można uzyskać podniesienie fizjologicznej insulinemji, co jest celem leczenia.

Pochodzenie oksalemji. (Les origines de l'oxalémie). M. Loeper, P. Soulié i J. Tonnet.

Presse Méd. N. 52. r. 1931.

Autorowie nie omawiają bliżej choroby, wywołanej oksalemją, t. j. obecnością znaczniejszych ilości kwasu szczawiowego we krwi. Zaburzenia te polegają na zmianach w krążeniu, w układzie nerwowym, w przewodzie pokarmowym, na bólach i stanach skurczowych a wreszcie na tworzeniu się kamieni nerkowych. Niniejsza praca ma na celu omówienie przyczyn powstawania oksalemji.

Kwas szczawiowy może pochodzić ze spożycia pokarmów, zawierających go w stanie gotowym i z pokarmów, które dopiero przy dalszej przemianie dają kwas szczawiowy. Jarzyny a zwłaszcza rabarbarum i szczaw, następnie kawa, herbata, czekolada zawierają względnie znaczne ilości kwasu szczawiowego. Szczawiany sodu i potasu wchłaniają się bardzo dobrze w przewodzie pokarmowym, szczawian wapnia, znajdujący się np. w czekoladzie jest trudno rozpuszczalny i trudno wchłanialny, zwłaszcza ze środowiska zasadowego, jakie znajdujemy w jelitach.

Z białka i tłuszczu, wprowadzonego do ustroju zdrowego drogą pozajelitową, nie wytwarza się kwas szczawiowy, a także i z węglowodanów, wprowadzonych tą samą drogą, kwas szczawiowy powstaje bardzo trudno i w małej ilości. Natomiast

fermentacje w przewodzie pokarmowym mogą być źródłem powstania znacznych ilości kwasu szczawiowego, który w tych warunkach wytwarza się z węglowodanów. Wreszcie kwas szczawiowy może powstać także i w ustroju a więc drogą wewnątrz pochodną, najczęściej jednak jako wyraz zaburzenia przemiany materji. Wątroba i mięśnie posiadają zdolność niszczenia kwasu szczawiowego, zwłaszcza zaś przy podniesieniu alkalescencji soków ustrojowych *(Goiffon)*.

Autorowie podkreślają, że oksalemję należy uważać za wyraz szczególnego zaburzenia w ustroju, przyczem źródłem powstania kwasu szczawiowego jest przedewszystkiem cukier. Na dowód powyższego twierdzenia przytaczają w skróceniu historję choroby, z której wynika, że spożywanie cukru w nadmiernej ilości wywołuje oksalemję, podczas, gdy usunięcie tego pokarmu redukuje oksalemję w znacznym stopniu. Nie ulega też kwestji, że w tym procesie gra znaczną rolę wątroba. Według badania autorów szczególnie często i szczególnie wysoko cyfry oksalemji spotyka się u chorych na cukrzycę. Podawanie insuliny tym chorym obniża równocześnie przecukrzenie krwi oraz zawartość kwasu szczawiowego we krwi.

Specjalnie łatwo powstaje kwas szczawiowy z glykogenu, na dowód czego autorowie przytaczają cały szereg przykładów, szczególnie zaś przytaczają swe badania nad tasiemcami, które zawierają znaczne ilości glykogenu i kwasu szczawiowego. U jednego z chorych, który cierpiał na kamienie nerkowe, szczawianowe, autorowie stwierdzili obecność dużego tasiemca. U innego chorego oksalemja była znaczna przed wypędzeniem tasiemca, poczem spadła do stanu prawidłowego. Niewątpliwie zatem tasiemiec wytwarza rozpuszczalne sole kwasu szczawiowego, prawdopodobnie szczawian amonowy.

Jako przyczyny powstawania oksalemji należy zatem uważać odżywianie się nadmiernymi ilościami cukru lub też zwolnione przyswajanie cukru, wadliwą i zwolnioną przemianę glykogenu w tkankach, wreszcie tworzenie się kwasu szczawiowego w jelitach, zwłaszcza z dużych pasożytów jelit, jak tasiemiec.

W leczeniu stanów oksalemicznych należy zwrócić uwagę nie tylko na usunięcie pokarmów, zawierających kwas szczawiowy, ale trzeba też zmniejszyć ilość pokarmów węglowodanowych. Należy też przeprowadzić odpowiednie leczenie wątroby, która w powyższych zaburzeniach bierze udział. Trzeba także zwrócić uwagę na ewentualną obecność pasożytów w jelitach. Wreszcie największą skuteczność trzeba przyznać insulinie, która rychło zwalcza oksalemję, nawet u osobników wolnych od cukrzycy.

Leczenie artroz. (Traitement des arthroses). F. Coste, J. Forestier i J. Lacapère.
Presse Méd. Nr. 39. r. 1931.

Autorowie przypominają zasadnicze czynniki patogenetyczne, wywołujące ten rodzaj cierpienia stawów: a). proces starzenia się miejscowego i ogólnego, przyczem wchodzą tu w grę czynniki krążeniowe (miażdżyca tętnic, zaburzenia krążenia żylnego), wewnątrzdokrewne (zwłaszcza jajniki), humoralne (intoksykacje wewnątrzpochodne, przyczem cechą zmian chorobowych jest zwyrodnienie i dystrofja przy braku zmian zapalnych. b) Znaczenie miejscowych czynników mechanicznych (urazy) zaburzenia krążeniowe, nerwowe i troficzne. c). Uszkodzenia natury przerostowej, dotykające przedewszystkiem kości i chrząstki, bez zmian synowialnych oraz zużycie i uszkodzenie środkowych części chrząstek.

Leczenie ogólne.

Leczenie ogólne posiada naogół małe znaczenie. Rozmaite szczepionki (a także i Ponndorfa), leczenie bodźcowe zapomocą wstrzykiwań białek i roztworów koloidowych metali jest bez skutku.

Chemoterapja, jak leki antyseptyczne, salol, barwiki akrydynowe i t. p. a także preparaty złota są bez skutku. Natomiast jod i siarka dają bardzo

dobre wyniki. Przytem te leki są również skuteczne przy doustnem podawaniu, w odróżnieniu od leczenia zapaleń stawów, w których siarka skuteczna jest przedewszystkiem wstrzykiwana w stanie koloidowym. Ogólną zasadą jest podawanie powyższych leków przez czas dłuższy, zwłaszcza dotyczy to jodu. Podawanie wyciągów z gruczołów dokrewnych, które powinno odgrywać znaczną rolę, jako leczenie przyczynowe, niestety, często zawodzi, być może skutkiem zbyt małych dawek.

L e c z e n i e m i e j s c o w e.

Schematycznie, uszkodzenia typu artroz przedstawiają się następująco: W środku chrząstki stwierdzamy zwyrodnienie i martwicę chrząstki, która na obwodzie przerasta. Wskutek powyższych zmian powierzchnie stawowe kości są obnażone i bolesne, nowotworzenia zaś okołostawowe drażnią sąsiednie tkanki i tem samem wywołują również ból. Przeciwko pierwszemu rodzajowi zmian usiłowano wprowadzać do stawu ciała tego rodzaju, jak roślinne oleje i t. p. jednakowoż bez skutku. Natomiast celem zwalczania wybujałości około stawowych stosuje się z korzyścią wstrzykiwania w okolice przerosłych chrząstek i kości rozmaitych ciał, zwłaszcza lipiodolu, połączeń kamforowych, salicylan benzoesu i t. p., które wywołują zmiany krążeniowe i lekkie zmiany zapalne, co nieraz dodatnio wpływa na sam stan chorobowy.

Znacznie więcej spodziewać się można po zabiegach chirurgicznych, względnie ortopedycznych.

F i z j o t e r a p j a.

Sposób ten gra większą rolę w leczeniu artroz, aniżeli w leczeniu zapaleń stawów. I tak: gorące szafki, promienie pozaczerwone, aktinoterapja. heljoterapja, diatermia i t. p. działają bardzo dobrze, zwłaszcza w lipartritis kolana albo w gośćcu typu Heberdena.

Radjoterapja, oraz wstrzykiwania ciał promieniotwórczych, działają również skutecznie, zwłaszcza w zmianach stawu biodrowego. Również cenne są masaże stawów (nie mięśni). Uruchamianie stawów grą tu mniejszą rolę, gdyż artrozy rzadziej i w mniejszym stopniu prowadzą do zesztywnień stawów.

C r e n o t e r a p j a.

Wskazania do stosowania lecznictwa hydro-mineralnego są tu bardzo szerokie. Z kąpielowych miejsc francuskich nadają się dla artroz szczególnie Aix i Dax.

U w a g i o g ó l n e.

Autorowie podkreślają konieczność stosowania środków przeciwbólowych, które jednak nie powinny hamować przyczynowego leczenia, podanego wyżej. Ze środków przeciwbólowych polecają gorąco przedewszystkiem aspirynę, która jest tu nie do zastąpienia, nawet przez inne przetwory salicylowe. Dawka dzienna 1 do 2 gr. jest doskonale znoszona nawet i przez długi przeciąg czasu. Nie należy jednak zapominać, że nawet i aspiryna nie posiada w tych przypadkach żadnego leczniczego działania.

Przypadki śpiączki cukrzycowej, odpornej na działanie insuliny. (Comas diabétiques insulino-résistants). M. L a b b é i R. B o u l i n.

Soc Méd. des Hôpit. Nr. 19. r. 1931.

Od czasu odkrycia insuliny śmiertelność z powodu śpiączki cukrzycowej spadła do 20%. Chorzy, którzy umierają, dzielą się na dwie grupy: jedni umierają odzyskawszy przytomność, przyczem zasób zasad krwi zwiększa się, ciała ketonowe znikają z moczu a śmierć następuje z powodu osłabienia serca, choroby zakaźnej lub innych, lecz nieznanych nam przyczyn. W tych przypadkach trudno jest winić insulinę, która swe zadanie spełniła, podnosząc tolerancję wobec cukru i usuwając objawy zakwaszenia. Do drugiej grupy należą chorzy, którzy umierają w stanie śpiączki a u których insulina zdaje się nie wywierać żadnego wpływu, gdyż, mimo stosowania wielkich jej ilości, zasób zasad krwi nie podnosi się. Takie przypadki są ogłaszane w ograniczonej liczbie w literaturze. W prasie anglosaskiej opisano przypadek cukrzycowej śpiączki, w których po zastosowaniu znacznej ilości insuliny zasób zasad prawie się nic nie podniósł, natomiast skutecznem okazało się wprowadzenie sody. W tym przypadku odczyn na ciała ketonowe w moczu pozostał ujemny. Prawdopodobnie chodziło tu o zakwaszenie jakimś nieznanym, nie ketonowym kwasem. Autorowie *(Bock, Field i Adair)* podają, że spostrzegali 13 przypadków tego typu zakwaszenia na 68 chorych, którzy zmarli na śpiączkę cukrzycową w okresie 10-ciu lat, t. j. od r. 1913 do r. 1923, (a zatem w okresie przedinsulinowym. Przyp. ref.) *Rathery* i *Sigwald* przytaczają przypadek śpiączki cukrzycowej śmiertelny, z objawami silnego zakwaszenia i przecukrzenia krwi, mimo zastosowania 270 jednostek insuliny.

Autorowie niniejszej pracy opisują 4 przypadki śpiączki cukrzycowej, opornej wobec insuliny, na 20 obserwowanych przypadków.

W przypadku pierwszym cukrzycy bez wyniszczenia, wystąpiła śpiączka z powodu sprawy płucnej. Mimo zastosowania w trzech dniach 830 jednostek insuliny ciała ketonowe nie ustąpiły z moczu a zasób zasad spadł do 12.6% CO_2.

Wprzypadku drugim cukrzycy z wyniszczeniem, oraz w przypadku trzecim i czwartym zdołano stosować insulinę zaledwo 1 i ½ do 4 godzin w dawkach 140, 10 i 300 jednostek insuliny. We wszystkich tych przypadkach nastąpiła śmierć.

W końcu swej pracy autorowie omawiają bliżej swoje przypadki, śpiączki cukrzycowej opornej wobec insuliny, (Krytycznie rzecz ujmując tylko pierwszy przypadek zasługuje w pełni na miano: opornego wobec insuliny. Uwaga referenta).

Wreszcie autorowie podają następujące hipotezy dla wytłumaczenia omawianej odporności. Możliwe, że w grę tu wchodzi zatrucie kwasem, nienależącym do grupy ketonowej, na który insulina nie działa, albo istnieje brak odpowiedniej ilości zasad w ustroju, lub też insulina może być zobojętniona w ustroju albo wreszcie niszczenie ciał ketonowych w ustroju uległo zahamowaniu. Mimo istnienia takich opornych wobec działania insuliny przypadków, w przeważnej liczbie lek ten spełnia swe zadanie.

Ostre zapalenie nerek, poprzedzające napad gośćca wielostawowego. Wyleczenie zapomocą salicylanu sodu. (Néphrite aiguë précédant une crise de rhumatisme articulaire aigu. Guérison après traitement salicylé). E. B e r n a r d.

Soc. Méd. des HôpitNr. 20. r. 1931.

U młodzieńca 19-to letniego wystąpiły objawy ostrego zapalenia nerek: gorączka, bóle w krzy-

żach, skąpa ilość moczu zawierającego sporo białka i wałeczków, ilość mocznika we krwi wzmożona do 1 gr. na 1 litr. Przez trzy tygodnie powyższy stan utrzymuje się bez zmiany. Po trzech tygodniach, przy dalszej zwyżce ciepłoty ciała, wystąpiły bóle i obrzęki wielu stawów, przyśpieszenie akcji serca i osłabienie jego tonów. Wówczas podano choremu 2 gr. salicylanu sodu w dawce dobowej. Po stwierdzeniu dobrego wydzielania się salicylanu, podniesiono dawkę na 4, potem 6 i 7 gr. na dobę. Pod wpływem tego leczenia, zarówno zmiany stawowe, jak i zmiany w moczu zaczęły ustępować. Znaczne zmniejszenie dawki salicylanu wywołało ponowne pogorszenie, wobec czego dawkę tego leku znowu powyższono i przeprowadzono leczenie do końca, uzyskując całkowite ustąpienie zmian chorobowych tak ze strony stawów, jak i ze strony nerek.

Zapalenie nerek na tle gośćcowym jest znane, lecz należy do rzadkości. W przypadkach dotychczas ogłoszonych, wzmożenie się ilości mocznika we krwi bywało nawet i wyższe, gdyż dochodziło do 6.5 gr. 1 litr; w niektórych przypadkach stwierdzano i krwiomocz. W opisanym przypadku należy podkreślić wydolność nerek wobec podanego salicylanu sodu, co pozwoliło na odpowiednie przeprowadzenie leczenia. Ciekawem też jest wystąpienie zapalenia nerek na trzy tygodnie przed zajęciem stawów. Dziś gdy lepiej znamy istotę gośćca i gdy wiemy, że umiejscowienie w stawach, aczkolwiek częste, nie jest jednak niezbędne w obrazie chorobowym gośćca, ani też chronologicznie nie jest pierwszym objawem gośćcowego zakażenia — powyższy wypadek nas nie dziwi. Najczęściej gościec objawia się w sercu, znane są jednak i inne postacie gośćca pozastawowego, jak n. p. postać płucno-opłucnowa, pokarmowa, zakaźna lub durowa i inne.

Powyższy przypadek poucza, że że wobec ostrego zapalenia nerek typu azotemicznego należy myśleć o etjologji gośćcowej, choć i w przyszłości niewątpliwie, wobec rzadkości powyższej etjologji, dopiero dalsze usadowienie się gośćca (stawy) pozwoli na właściwe rozpoznanie.

CHIRURGJA

Zawęźlenie pęcherza żółciowego — jego mechanizm i obraz kliniczny. (Volvulus de la vésicule biliaire). B r o c q.

La Presse Méd. Nr. 53, lipiec 1931.

Zawęźlenie pęcherza żółciowego swym mechanizmem, obrazem klinicznym i zmianami anatomicznemi odpowiada zupełnie zawęźleniu czyli skrętowi innych narządów jamy brzusznej, jedynie tylko dzięki niezbyt charakterystycznym objawom klinicznym i r z a d k o ś c i w y s t ę p o w a n i a prawie nigdy nie bywa jako takie rozpoznane.

Autor, w związku ze spostrzeganym przez siebie w ostatnich czasach i leczonym przypadkiem zawęźlenia pęcherza żółciowego, wypowiada swoje uwagi na temat tego cierpienia. Może ono zasadniczo wystąpić w każdym wieku, przeważa jednakże wybitnie wiek późny i płeć żeńska — choroba występuje w 85 — 90% u k o b i e t p o w y ż e j 6 0 l a t.

Właściwego rozpoznania nie udaje się ustalić przed operacją prawie nigdy; rozpoznawano tutaj mylnie: zapalenie wyrostka robaczkowego, pęcherza żółciowego, puchlinę lub ropniak pęcherza żółciowego, przedziurawienie wrzodu żołądka, ostrą niedrożność jelit i t. p.

O b j a w y k l i n i c z n e: w podżebrzu prawem wyczuwa się guz kulisty, gładki, napięty, elastyczny, bardzo bolesny przy ucisku, ruchomy biernie na boki, czynnie — przemieszczający się wraz z wątrobą przy wdechu ku dołowi; gwałtowne bóle brzucha, których nie łagodzą wstrzyknięcia morfiny, i ciągłe wymioty. Już po kilku lub kilkunastu godzinach rozwija się zapalenie otrzewnej, a powstające przytem napięcie powłok brzusznych utrudnia do reszty zrobienie właściwego rozpoznania.

W czasie operacji znajduje się pęcherz czarny wskutek zgorzeli i skręcony w pobliżu odejścia przewodu pęcherzykowego od przewodu wspólnego o 90 — 360°. Mogą mieć miejsce również skręty niezupełne, poniżej 90°, dające objawy kliniczne przejściowe i o znacznie mniejszem nasileniu.

Do tego, żeby powstało zawęźlenie pęcherza żółciowego, potrzebne są pewne warunki anatomiczno-topograficzne, częściowo wrodzone, częściowo nabyte z wiekiem i wskutek pewnych zmian chorobowych tej okolicy. Przedewszystkiem pęcherz żółciowy musi mieć n a d m i e r n i e r o z w i n i ę t ą k r e z k ę (m e s o c y s t i s), zwykle wrodzoną, która umożliwi rozległe jego ruchy względem wątroby, a poza tem — sam p ę c h e r z m u s i b y ć

duży, rozciągnięty, przepełniony i, naturalnie bez większych zrostów z otoczeniem. Kamica żółciowa nie gra tutaj większej roli w powstawaniu skrętu; w większości tego rodzaju przypadków nie znajdywano w czasie operacji żadnych śladów kamieni żółciowych.

W zawężlonym pęcherzu szybko dochodzi do zgorzeli ściany i jej przedziurawienia, ze wszelkiemi tegoż następstwami.

Operacją z wyboru jest wycięcie pęcherza żółciowego (cholecystectomia). Śmiertelność pooperacyjna wynosi koło 35%.

Zabiegi chirurgiczne u krwawców. (Les interventions chirurgicales chez les hémophiles). Emile-Weil.

La Presse Méd. Nr. 54, lipiec 1931.

W związku z postępami ostatnich lat leczenia stanów krwawiączkowych — leczenia zapobiegawczego i właściwego leczenia samych krwawień — krwawcy przestali stanowić grupę ludzi, co do których kierowano się, jeśli chodzi o zabiegi chirurgiczne, zasadą noli me tangere. Krwawców obecnie operuje się, i to operuje względnie bezpiecznie, pod warunkiem jednakże, że chory ma takie żyły (pomijając już inne względy techniczne), które umożliwią wielokrotne przetaczanie krwi (w miarę potrzeby).

Nie znaczy to naturalnie, żeby wskazania do operacji u krwawców podlegały tylko takim ograniczeniom, jak u zwykłych chorych. Przeciwnie, należy wykonywać u krwawców tylko te zabiegi, które są koniecznie potrzebne, a których zaniechanie narazi chorego na większe ryzyko, niż ich wykonanie. Obliczając niebezpieczeństwo operacji u krwawca, należy pamiętać o tem, że w razie doszczętnego zaszycia rany operacyjnej niebezpieczeństwo to jest bez porównania mniejsze, niż gdy zachodzi konieczność sączkowania rany.

Zanim przejdziemy do wskazówek leczniczych w stanach powyższych, należałoby uprzednio rozgraniczyć dwa zasadnicze typy stanów krwawiączkowych: 1) krwawiączka właściwa, charakteryzująca się uporczywemi krwawieniami, ale zawsze po jakimś drobnym chociażby urazie — we krwi stwierdza się jedynie znaczne opóźnienie krzepnięcia, od 1 do 24 godzin i więcej; 2) tak zwana purpura chronica, charakteryzująca się występowaniem krwawień samoistnych — czas krzepnięcia krwi bywa naogół prawidłowy, ale sam skrzep jest mało wartościowy, źle się kurczy, a w związku z tem czas krwawienia bywa znacznie przedłużony; naczynia włosowate są tutaj kruche i łatwo ulegają rozerwaniu.

Autor w pracy niniejszej uwzględnia wyłącznie krwawiączkę właściwą *(haemophilia)*, która może być rodzinna, sporadyczna (przyłączają się tutaj zwykle i objawy purpura chronica) i objawowa (przy dłużej trwającej żółtaczce i wogóle w schorzeniach wątroby); w tej ostatniej postaci może być również przedłużony czas krwawienia i występować kruchość włośniczek.

Leczenie krwawiączki. Zostało stwierdzone doświadczalnie, że dodanie in vitro do krwi krwawca świeżej prawidłowej surowicy ludzkiej lub zwierzęcej przywraca w większym lub mniejszym stopniu jej prawidłową krzepliwość. To samo działanie okazuje ta surowica in vivo — wstrzyknięta podskórnie, dożylnie lub przyłożona na ranę krwawiącą w postaci opatrunku. Surowica, zastosowana miejscowo na ranę, wywiera działanie jeszcze silniejsze, niż zastosowana ogólnie. Wstrzykiwania surowicy mają również wyraźne działanie zapobiegawcze przeciwko mogącym nastąpić krwotokom.

Podobne działanie lecznicze i zapobiegawcze w krwawiączce, tylko jeszcze wybitniejsze, mają przetaczania krwi całkowitej, które autor wypróbował na całym szeregu przypadków z bardzo dobrym wynikiem. W przypadkach lżejszych, to jest jeśli w czasie operacji możliwem będzie podwiązanie wszelkich miejsc krwawiących i rana będzie zaszyta doszczętnie, wystarczy w przeddzień operacji wstrzyknąć 20 — 40 cm³ surowicy krwi prawidłowej, a na godzinę przed operacją — przetoczyć 200 — 300 cm³ krwi całkowitej. W przypadkach cięższych, np. nacięcie ściany ropnia lub wyrwanie zęba, trzeba w przebiegu pooperacyjnym jeszcze kilkakrotnie powtarzać przetaczanie krwi, gdyż i surowica, i krew poprawiają upośledzoną krzepliwość tylko na pewien niezbyt długi czas.

W przypadkach, w których krwawcy zgłaszają się do chirurga już z krwotokiem, to w razie zachowania ciągłości powłok zewnętrznych ograniczyć się można tylko do ucisku stałego (bez względu na rozmiary krwiaka); tam zaś, gdzie mamy ranę krwawiącą, należy usunąć wszelkie skrzepy (zwykle nieprawidłowe w tych razach, patologiczne), przemyć ranę dużą ilością płynu fizjologicznego lub roztworu sody i założyć sączki gazowe, zwilżone surowicą prawidłową (może być surowica przeciwtężcowa lub przeciwbłonicza), ewentualnie zaszyć ranę całkowicie — przyczem lepiej jest użyć do tego szwów węzełkowych, a nie klamerek Michela.

Wyniki ostateczne wczesnego leczenia złamań otwartych. (Traitement immédiat et résultats éloignés de treize cas de fracture ouverte de jambe). Bressot.

La Presse Méd. Nr. 57, lipiec 1931.

Autor spostrzegał i leczył w ciągu ostatniego dziesiątka lat 13 tego rodzaju przypadków. Właściwe leczenie zaczęto w olbrzymiej większości przypadków w ciągu pierwszych dwunastu godzin po wypadku. Wszyscy chorzy otrzymali wstrzyknięcie podskórne surowicy przeciwtężcowej, powtórzone następnie po 4 dniach. W przypadkach bardziej rozległego obrażenia mięśni zwilżano je obficie, jako też i końce odłamów kostnych surowicą przeciwzgorzelinową wielowartościową, a następnie wstrzykiwano surowicę tę podskórnie w ilości 20 — 60 cm³. Zrost otrzymano we wszystkich przypadkach, powstawania stawu rzekomego nie spostrzegano wcale, jak również i żadnego poważniejszego zakażenia rany.

Wiek chorych od 18 do 38 lat. Złamanie dotyczyło prawie we wszystkich przypadkach obu kości goleni (najczęściej w środkowej ich

części) i towarzyszyło mu mniej lub więcej znaczne przemieszczenie odłamów. Na ogólną liczbę 13 przypadków tylko w d w u zastosowano l e c z e n i e b e z k r w a w e (mała rana skórna), polegające na obmyciu skóry alkoholem, posmarowaniu jodyną i unieruchomieniu w opatrunku gipsowym do chodzenia (według *Delbeta*).

W pozostałych 11 p r z y p a d k a c h zastosowano l e c z e n i e o p e r a c y j n e. Znieczulenie rdzeniowe (w dwu przypadkach, powikłanych wstrząsem pourazowym, zastosowano uśpienie eterowe). Szerokie otwarcie ogniska złamania, toaleta części miękkich i kostnych (usunięcie wszystkich wolnych odłamków), przemycie rany ciepłym roztworem fizjologicznym i eterem, dokładne zatamowanie krwawienia, szew kostny (blaszka Shermanna, taśma Parhama, ścięgno reniferowe), szew części miękkich, i, wreszcie, opatrunek unieruchamiający (opatrunek gipsowy, szyna Thomasa).

Ropienie w miejscu szwu tkanek miękkich miało miejsce jeden raz, zapalenie kości rozrzedzające w miejscu wkręcania śrub — dwa razy. Chorzy zaczynali chodzić po upływie 8 — 18 tygodni. Trwałe ograniczenie sprawności kończyny wynosiło przeciętnie 25%, w jednym przypadku wyniosło 60%.

Swoje wnioski ostateczne formułuje autor w sposób następujący.

I. Nie zauważono, żeby szew kostny sprzyjał powstawaniu nadmiernej blizny kostnej, z drugiej zaś strony — zeszycie odłamów kostnych nie wyłącza bynajmniej konieczności dokładnego i długotrwałego nieraz unieruchomienia kończyny po operacji.

II. W każdym przypadku otwartego złamania należy wstrzyknąć surowicę przeciwtężcową i przeciwzgorzelinową.

III. W złamaniach z niewielka ranką skórną i drobnem uszkodzeniem mięśni postępuje się tak, jak w złamaniach zamkniętych: przy dobrem ustawieniu odłamów — wyjałowienie skóry, opatrunek i unieruchomienie, przy złem ustawieniu — operacja.

IV. W przypadkach z rozległem zmiażdżeniem mięśni, potrzaskaniem kości i obrażeniem dużych naczyń i nerwów — amputacja, przyczem, przed upływem 8 — 10 godzin od wypadku można ranę częściowo zaszyć (z pozostawieniem sączków), po 10 godzinach — nie szyć wcale.

V. W pozostałych złamaniach otwartych, po dokładnej toalecie części miękkich i kostnych, jeśli odłamy dają się łatwo zestawić i nie mają dużej tendencji przemieszczania się — nie szyć kości, a zwłaszcza nie pozostawiać w ranie materjału metalowego, jeśli zaś zestawienie odłamów jest trudne i odłamy szybko się przemieszczają z powrotem, grożąc uszkodzeniem nerwów i naczyń — należy zeszyć odłamy blaszką (Shermann) lub taśmą metalową *(Parham)*. Po operacji, wykonanej w ciągu pierwszych 12 godzin od wypadku, ranę można zaszyć doszczętnie, ewentualnie z pozostawieniem niewielkiego sączka, po 12 godzinach — nie zaszywać wcale tkanek miękkich, bez względu na to, czy była wykonywana osteosynteza, czy też nie. Po zabiegu unieruchamia się kończynę w opatrunku gipsowym lub w szynie Thomasa.

VI. Jeśli złamanie otwarte jest jednocześnie wewnątrzstawowem, unikać za wszelką cenę szycia odłamów i nie zeszywać prawie nigdy tkanek miękkich.

Współczesne poglądy na leczenie zakażeń w zakresie dłoni i palców. (Sur le traitement des infections de la main et des doigts). D e R o u g e m o n t.

La Presse Méd. Nr. 57, lipiec 1931.

Chorzy odnośni zwracali się do lekarza dawniej w okresie naogół późnym, w stanie zapuszczonym tak, że ten ostatni był zmuszony mieć na względzie, stosując ten lub inny rodzaj zabiegu, raczej utrzymanie chorego przy życiu, niż zachowanie możliwie całkowite sprawności kończyny. Dlatego też tak często stosowano rozległe cięcia i sączkowania i nawet odjęcia poszczególnych części i całych palców.

Obecnie, czy to w związku ze wzrostem uświadomienia ogółu o niebezpieczeństwie zakażeń w zakresie dłoni i palców, czy też wskutek rozprzestrzenienia się ubezpieczeń społecznych, chorzy tacy zaczynają się wcześnie zgłaszać po poradę lekarską, a przed lekarzem wyłaniają się większe możliwości osiągnięcia lepszych wyników leczniczych, a z drugiej strony — i większe trudności co do wyboru najwłaściwszego postępowania.

Jak pokazuje odnośne doświadczenie, można osiągnąć bardzo dobre wyniki lecznicze w ostrych zakażeniach dłoni i palców, jeśli się zastosuje odpowiednie leczenie j a k n a j w c z e ś n i e j, natychmiast po rozpoznaniu cierpienia; przyczem leczenie to będzie polegało z a w s z e na wykonaniu jednego lub paru n a c i ę ć, bez tracenia cennego czasu na bardzo niepewne w swem działaniu ciepłe kąpiele i okłady wilgotne. Rozpoznanie oprzeć można na następujących wczesnych objawach klinicznych: o b r z m i e n i u grzbietowem lub bocznem palca i b ó l u samoistnym lub wywołanym, zwykle bardzo dokuczliwym. „Ból, który odbiera tutaj choremu sen, wymaga użycia noża" (Richet).

Z n i e c z u l e n i e o g ó l n e lub, w ostateczności, przewodowe (podstawa palca). Przed operacją należy zawsze założyć o p a s k ę E s m a r c h a, żeby zalewająca pole operacyjne krew nie przeszkadzała w dokładnej ocenie zmian chorobowych. Cięcia — boczne lub wargowate (na opuszce palców); w czasie zabiegu należy wyciąć możliwie doszczętnie wszelkie zmienione martwicowo tkanki. W ranie pozostawia się sączek gumowy, sterczący poprzez opatrunek nazewnątrz tak, żeby umożliwiał przemywanie rany 2 — 3 razy dziennie bez ruszania głębszych warstw opatrunku. Cały opatrunek należy zmieniać jak najrzadziej. Dłoń i palce należy unieruchomić na okres czasu, dopóki cała rana nie pokryje się żywoczerwoną jędrną ziarniną. Chory zaś powinien przerwać pracę, względnie nawet położyć się do łóżka, zachowując lekką dietę (bez alkoholu).

Za wyjątkiem przypadków wyjątkowo ciężkich, w których wkrótce po zranieniu rozwija się zakażenie ogólne, w pozostałych otrzymujemy tą drogą szybkie wyleczenie i bliznę małą i wiotką, która nie sprowadza upośledzenia sprawności dłoni i palców.

Nastawianie zwichnięcia przednio-wewnętrznego główki kości ramieniowej według Gallois. (La réduction des luxations antéro-internes de l'épaule par le procédé de P. Gallois). Flipo.

La Presse Méd. Nr. 66, sierpień 1931.

Zalety tego sposobu są następujące: prawie zupełna bezbolesność, wykonanie zabiegu bez pomocy i bez znieczulenia chorego; dzięki temu góruje on nad całym szeregiem innych sposobów i najbardziej szeroko stosowanym sposobem Kochera. Autor nastawiał zwichnięcia przedniowewnętrzne główki kości ramieniowej według Gallois u wielu chorych, między innemi i u starców, zawsze z wynikiem bardzo dobrym.

Zasadniczo sposób ten polega na wykonaniu mniej więcej tych samych ruchów, co i w metodzie Kochera, tylko wykonaniu bardzo powolnemi bez użycia siły.

Chory siedzi naprzeciwko lekarza, jego kolano jednoimienne (odpowiadające chorej kończynie) — między kolanami lekarza. Pierwsze tempo: dłoń chorej kończyny, przypuśćmy prawej, spoczywa na lewym barku lekarza, a lewa dłoń tego ostatniego chwyta (bardzo delikatnie, żeby nie wywoływać bólu) łokieć chorej kończyny; jednocześnie prawa dłoń lekarza spoczywa na okolicy zwichniętej główki kości ramieniowej i śledzi jej ruchy.

Drugie tempo: lekarz, nie poruszając swą lewą dłonią, trzymającą łokieć chorego, pochyla się lekko na stronę lewą (kończyna chora ulega nieznacznemu skręceniu nazewnątrz), odpycha delikatnie łokieć chorego ku górze, ku wewnątrz i do przodu (od strony chorego) i, następnie, pozostaje w tej pozycji w ciągu 2 — 3 minut przeciętnie, nie poruszając się, dotąd, dopóki prawa dłoń, spoczywająca w okolicy chorego stawu barkowego, nie wyczuje, że nagle główka kości ramieniowej wskoczyła na swoje miejsce w stawie.

Jeszcze raz zaznaczyć należy, że wszystkie powyższe rękoczyny wykonywać należy niesłychanie wolno i delikatnie, nie przyczyniając w ten sposób choremu żadnego bólu.

Przystępując do zabiegu, lepiej jest utrzymać narazie chorego w mniemaniu, że będzie się tylko badało chory staw — a to dla uniknięcia świadomego obronnego napinania mięśni w czasie zabiegu.

Wrodzona kiła układu kostnego we wczesnem dzieciństwie, do lat dwu. (Nosologie de la syphilis osseuse congénitale dans la première enfance). Pehu i Policard.

La Presse Méd. Nr. 67, sierpień 1931.

Przenikanie krętków bladych z krwiobiegu matki do układu kostnego płodu zaczyna się od 5-tego miesiąca życia płodowego to jest od chwili, kiedy zostaje odpowiednio wykształcony układ krwionośny płodu ,a kończy się z chwilą jego urodzenia się. Atakują one w tym czasie wyłącznie kości pochodzenia chrząstkowego, wywołując w nich odpowiednie zmiany anatomiczne, a nie ruszają wcale kości pochodzenia błoniastego (czaszka, twarz), które bywają zajęte przez proces swoisty dopiero znacznie później, po urodzeniu.

Dla tych zmian kiłowych, w kościach okresu dzieciństwa charakterystycznem jest ich uogólnienie (dotyczą one prawie wszystkich kości pochodzenia chrząstkowego) i ścisła symetrja. Odwrotnie jest w kile wrodzonej późniejszego dziecieństwa, która nie bywa ani uogólnioną, ani symetryczną, gdyż dotyczy zwykle jednej lub najwyżej paru kości.

Anatomja patologiczna. Zmiany anatomiczne kiły wrodzonej kości wczesnego dzieciństwa bywają następujących 4 rodzajów: 1) osteochondritis, 2) periostitis ossificans, 3) rozsiane drobnoplamkowate rozrzedzenia kości (kość wygląda jak stoczona przez robaki), 4) wyrośla kostne okolicy nasad kości długich (udowej, goleniowej, ramieniowej, promieniowej i łokciowej), i 5) skostnienia taśmowate dookoła trzonów kości długich.

Do najczęściej spotykanych zmian należą dwie pierwsze — osteochondritis i periostitis ossificans. Osteochondritis zaczyna się rozwijać w życiu płodowem, ale maximum swego nasilenia osiąga w ciągu pierwszych trzech miesięcy po urodzeniu, doprowadzając w przypadkach silnego zakażenia kiłą względnie u dzieci niedonoszonych do zupełnego oddzielenia nasad od trzonów poszczególnych kości długich. Periostitis ossificans, występuje dopiero po trzech miesiącach od chwili urodzenia, kiedy zmiany charakterystyczne dla osteochondritis ukończyły swój okres rozwoju; dotyczy ona głównie trzonów kości długich, a ulubionem miejscem jej występowania jest wewnętrzna powierzchnia kości goleniowych. Symetrja jest tu zachowana jeszcze dokładniej, niż przy osteochondritis.

Objawy kliniczne kiły wrodzonej kości wczesnego dzieciństwa polegają na bólach i zaburzeniach ruchowych typu porażennego (pseudoparalysis Parrot), jakkolwiek czasami można się spotkać i ze stanami wzmożonego napięcia mięśniowego (hypertonicznemi).

W rozpoznaniu różniczkowem (opartem w pierwszym rzędzie na licznych i powtarzanych wielokrotnie zdjęciach rentgenowskich) uwzględniać należy następujące dwa cierpienia, które występują z reguły w późniejszym od kiły wrodzonej okresie życia (powyżej 6 miesięcy od chwili urodzenia): krzywica i gnilec.

Na zakończenie autorowie dodają, że zbadanie dokładne układu kostnego dziecka (do zdjęć rentgenowskich włącznie) stanowi czynnik pierwszorzędnej wagi dla ustalenia rozpoznania kiły wrodzonej okresu wczesnego dzieciństwa.

Leczenie suchej zgorzeli kończyn naświetlaniami rentgenowskiemi okolic nadnerczy. (La radiothérapie des gangrènes sèches par irradiation de la région surrénale). Zimmern, Chavany i Brunet.

La Presse Méd. Nr. 56, lipiec 1931.

Rozróżniamy cztery zasadnicze postacie zgorzeli kończyn, będące następstwem zapalenia tętnic: 1) gangraena senilis arteriosclerotica — o przebiegu powolnym i względnie dobrotliwym, 2) gangraena diabeticorum — o dużej skłonności do zakażenia i powikłań ogólno - septycznych, 3) gan-

graena luetica — występująca u osób młodych i zaczynająca się nierzadko od zespołu Raynaud, i 4) thrombo-arteriitis et thrombo-phlebitis obliterans (choroba Bürgera) — występująca u osób w średnim wieku, bez wyraźnej uchwytnej przyczyny, i powodująca bóle o niezwykłem nasileniu.

We wszystkich tych postaciach mechanizm powstawania samej zgorzeli nie jest bynajmniej jasny, gdyż samo zatkanie głównej tętnicy danej kończyny do powstania zgorzeli naogół nie wystarcza — konieczne tu są jeszcze odpowiednie zmiany chorobowe drobnych naczyń obocznych, a może i odpowiednich pni nerwu współczulnego (jak chce Leriche).

Autorowie w pracy niniejszej uwzględniają wyłącznie postacie zgorzeli suchej, względnie niezakażonej, gdyż zgorzel wilgotna nie nasuwa zwykle żadnych trudności leczniczych i najczęściej wymaga szybkiego odjęcia kończyny.

Stosowano dotychczas następujące środki w leczeniu suchej zgorzeli kończyn na tle endarteriitis obliterans: leczenie swoiste przeciwkiłowe, wstrzykiwanie insuliny (nietylko u chorych na cukromocz), wstrzykiwania dożylne 5% chlorku sodu lub cytrynianu sodu (niezłe wyniki osiągnięto w chorobie Bürgera), nagrzewanie gorącem powietrzem, diatermja, odnerwienie tętnicy odpowiedniej (sympathicectomia periarterialis), wycięcie jednego nadnercza i, wreszcie, naświetlania rentgenowskie okolicy obu nadnerczy.

Ten ostatni sposób leczniczy ma na celu częściowe zahamowanie na pewien okres czasu czynności nadnerczy, wychodząc z założenia, że ich nadczynność (przez nadmierne wytwarzanie adrenaliny do krwi) gra rolę niemałą w powstawaniu różnego typu zgorzeli kończyn. Owe naświetlania lecznicze nadnerczy, będąc w działaniu swem analogicznie do wycięcia operacyjnego jednego nadnercza (Oppel), górują nad tem ostatniem swą nieszkodliwością i brakiem większego niebezpieczeństwa (wycięcie nadnercza sprowadza względnie dużą śmiertelność pooperacyjną).

Autorowie zastosowali ten sposób leczniczy w 8 przypadkach suchej zgorzeli kończyn — z wynikiem naogół pomyślnym. Zauważono szybkie i znaczne złagodzenie bólów, przyśpieszenie procesu oddzielania się części obumarłych i szybsze zabliźnianie się ubytków po odpadnięciu tkanek obumarłych.

Czy tu chodzi o bezpośredni wpływ nadnerczy na proces obumierania tkanek, czy też o ich wpływ za pośrednictwem układu współczulnego, to nie zostało jeszcze dotychczas wyjaśnione, tem nie mniej efekt leczniczy naświetlań rentgenowskich nadnerczy jest niewątpliwy.

Diatermja w leczeniu zapaleń narządów rodnych i gruczołów piersiowych. (La diathérmie dans les affections inflammatoires pelviennes et mammaires). Fainsilber i Portret.

La Presse Méd. Nr. 65, sierpień 1931.

Działanie przegrzewania (diatermji) polega, jak wiadomo, na: łagodzeniu bólów — przez obniżenie pobudliwości nerwów czuciowych, czynnem rozszerzaniu naczyń i obniżeniu ciśnienia krwi tętniczego, podwyższeniu ciepłoty zawartych między elektrodami tkanek i podwyższeniu ciepłoty ogólnej (co pociąga za sobą zwiększenie przemiany gazowej), na zwiększeniu zawartości we krwi hemoglobiny i krwinek czerwonych, przyśpieszeniu krążenia krwi i, wreszcie, na nasileniu przemiany materji komórek ustroju. W warunkach chorobowych poza tem uwydatnia się działanie bakterjobójcze diatermji, dotyczące i samych drobnoustrojów (prątek ropy błękitnej, prątek okrężnicy, dwoinki Neissera), i ich jadów.

W schorzeniach ginekologicznych stosuje się elektrody: brzuch-pośladki, brzuch-wnętrze pochwy, lub też pośladki-wnętrze pochwy. Zaczyna się od 500 MA i 10 minut, dochodząc w końcu do 2800MA i 30 minut. W zwiększaniu natężenia prądu i długości seansów kierować się należy wyłącznie czuciem i wrażliwością chorej.

Autorowie leczyli zapomocą diatermji 56 chorych (vaginismus, cervicitis, endometritis, metritis, perimetritis, adnexitis) i tylko u trzech nie osiągnięto wyleczenia. W 7 przypadkach owrzodzenia szyi macicy zastosowano elektro-koagulację z wynikiem bardzo dobrym; ani razu nie doszło do zarośnięcia (atresia) światła szyi.

Poza cierpieniami narządów rodnych autorowie osiągnęli bardzo dobre wyniki również w ostrych (połogowych), podostrych i przewlekłych zapaleniach sutków. Zastosowanie diatermji pozwoliło tutaj na uniknięcie ściskania sutków i przerywania karmienia, koiło ból i w niejednym przypadku zahamowało proces zapalno-zakaźny w zarodku i nie dopuściło w ten sposób do zropienia ogniska i konieczności wykonania operacji.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Wyniki prowadzenia porodu sposobem nieoperacyjnym w r. 1930. (Resultats de l'accouchement médical en 1930). Kreis J.

Gynéc. Obstétr. T. XXIV, Nr. 1, str. 21, 1931.

Autor nazywa „accouchement médical", poród prowadzony według dwóch następujących zasad:

1. rozpoznawać i leczyć nieprawidłowości bólów porodowych;

2. przebijać pęcherz płodowy w każdym porodzie w jego początku przy rozwarciu na 1 — 2 palców; postępowanie to przyśpiesza ustalenie się części przodującej i rozwarcie ujścia zewnętrznego.

Ugruntowanie teoretyczne tych zasad przeprowadziła szkoła Strasburska w szeregu prac dawniej ogłoszonych. Obecnie pragnie wyciągnąć już wnioski praktyczne ze swych zasad. W niniejszym artykule porównywa autor wyniki kliniki Strasburskiej z r. 1930 z wynikami r. 1923. Oto parę liczb:

Trwanie porodu:

Liczba porodów krótkotrwałych w r. 1930 była dwukrotnie większa od liczby takich samych porodów w r. 1923. Odwrotnie liczba porodów trwających ponad 20 godz. była w r. 1923 przeszło ośmiokrotnie większa niż w r. 1930.

Jednem słowem pod wpływem obecnego postępowania położniczego w klinice Strasburskiej zmniejszyła się ilość porodów długotrwałych, maksymalny czas trwania porodu skrócił się wybitnie,

ilość porodów krótkotrwałych znakomicie powiększyła się, zwłaszcza jeśli chodzi o pierwiastki.

Ilość przypadków nacięcia szyji z powodu jej niepodatności nie powiększyła się w r. 1930. Okazuje się, że pewna ilość porodów natrafia na nieprzezwyciężalną przeszkodę ze strony ujścia zewnętrznego, ale ilość ta nie jest większa po przedwczesnym przebiciu pęcherza płodowego i odpływie wód. Poprostu sytuacja prędzej ulega wyjaśnieniu, a co zatem idzie i prędzej przychodzi pomoc lekarska.

Operacje kleszczowe nietylko nie stały się częstsze, ale przeciwnie, ilość ich zmniejszyła się dwukrotnie. Najczęstszem wskazaniem było zły stan płodu, rzadziej przedłużający się poród (wskazania ze względu na matkę). Kleszcze wysokie zarzucono całkowicie. Natomiast powiększyła się znacznie ilość cięć cesarskich, wykonanych w roku 1930; jednocześnie zauważyć wypada, że poprawiły się znacznie wyniki tej operacji położniczej, widocznie ze względu na wcześniejsze jej wykonywanie. 10 godzin dobrych bólów jest, zdaniem autora, dostatecznie długim okresem obserwacji, aby orzec czy poród zakończy się samoistnie, czy też wypadnie rozwiązać rodzącą cięciem cesarskiem.

W związku z takiem stanowiskiem ilość perforacji główki spadła do 0.

Śmiertelność ogólna dzieci spadła z 32 na 26 przypadków, a śmiertelność matek — z 4 na 1.

Chorobowość matek nie powiększyła się bynajmniej przy nowoczesnym postępowaniu.

Wypadnięcie pępowiny w zasadzie nie miało miejsca, stwierdzono natomiast kilkakrotnie przodowanie pępowiny, które zauważono w czas i zastosowano bądź obrót, bądź cięcie cesarskie z dobrym skutkiem.

Wreszcie krwawienia po porodzie i niedowład macicy bynajmniej nie stały się częstsze w r. 1930. Słowem wyniki są bardzo zachęcające.

Adrenalina w leczeniu nieprawidłowych skurczów macicy. (L'épinephrine dans le traitement de la dystocie de Denelin. Avec note sur l'action de l'épinephrine sur les contractions anormales). Rucker P.

Gynéc. Obstétr. T. XXIII, Nr. 5, str. 412, 1931.

Autor już od roku 1924 udowodnił, że 0,3 cm.³ adrenaliny rozczynu 1 : 1000 zatrzymuje skurcze macicy ciężarnej. Ostatnio udowodnił on to samo w stosunku do kurczliwości jajowodu za pomocą aparatu Rubin'a z kymographem.

Praktyczne zastosowanie może mieć adrenalina w następujących przypadkach:

1) zwalczanie stanów spastycznych macicy, w czasie których wytwarzają się pierścienie skurczowe, obkurczające się dookoła wklęsłych części płodu i przeszkadzające postępowi porodowemu. Efekt adrenaliny jest niewątpliwy, choć krótkotrwały.

2) Leczenie grożącego poronienia, względnie porodu niewczesnego.

Wynika z powyższego, że stosowanie adrenaliny ma duże praktyczne znaczenie, zwłaszcza przy regulowaniu czynności porodowej macicy, co jak wiadomo, jest jeszcze słabym punktem obecnego położnictwa.

Wnioski wysnute z rozbioru przypadków cięcia cesarskiego, zakończonych zejściem śmiertelnem. (Enseignements tires d'une analyse des cas mortels après cesarienne basse conservatrice). Kreis J.

Gynéc. Obstétr. T. XXIII, Nr. 5, str. 385 1931.

Autor poddaje krytycznej analizie wszystkie przypadki cięcia cesarskiego w dolnym odcinku, wykonane w klinice Strasburskiej, a zakończone zejściem śmiertelnem. Celem tej pracy było wykrycie błędu, który mógł by być uważany za przyczynę fatalnego zejścia zabiegu.

Wnioski stąd wynikające ujmuje autor w następujący sposób.

Aby uzyskać najlepsze wyniki cięcia cesarskiego należy je wykonać możliwie najprędzej, a to związane jest ściśle z kwestją postawienia wskazania do zabiegu możliwie najwcześniej. W obowiązującem dotychczas klasycznem położnictwie panuje pogląd, że dla postawienia wskazania do cięcia cesarskiego konieczna jest dłuższa i dokładna obserwacja porodu, przyczem decydująca walka pomiędzy macicą, a niestosunkiem porodowym rozpoczyna się dopiero od chwili pęknięcia pęcherza płodowego, i od momentu całkowitego rozwarcia ujścia zewnętrznego macicy.

Stąd długa, kilkudziesięciogodzinna niekiedy obserwacja, a tymczasem warunki zabiegu pogarszają się bardzo znacznie. Kreis, stojąc na stanowisku szkoły Strasburskiej, która głosi zbędność pęcherza płodowego dla porodu, radzi obserwację omawianą skrócić do 10 godz., licząc od momentu sztucznego przebicia pęcherza płodowego. Czas ten jest zupełnie wystarczający, o ile położnik nie ogranicza się do biernej obserwacji porodu, lecz stara się kierować czynnością porodową macicy, pobudzając ją do silniejszej akcji preparatami przysadkowemi, bądź uspakajając zapomocą środków antyspastycznych, np. Spasmalgine'y. Postępowanie to, korrygujące czynność mięśnia macicy nazywa szkoła Strasburska „accouchement médical". W ten sposób obserwacja porodu przed cięciem cesarskiem jest znacznie krótsza, co znakomicie podnosi jałowość zabiegu.

W technice samego zabiegu autor kładzie duży nacisk na dokładne wykonanie szwu ciągłego II piętra przy szyciu mięśnia macicy, mającego na celu zbliżenie do siebie leżących z boku partji ściany macicy. Szew ten o typie szwa Lambert'a zapewnia dokładne oddzielenie jamy macicy (niezawsze jałowej!) od jamy brzusznej.

Oddzielając pęcherz od macicy, pamiętać należy o splotach żylnych, leżących w dole macicy po bokach, których uszkodzenie wywołać może obfity, nawet śmiertelny krwotok; dla pewności trzymać się należy ściśle linji środkowej przy oddzielaniu pęcherza, a jeśli akt ten natrafia na duże trudności, tak że wymaga odpreparowywania na ostro, to lepiej zaniechać go zupełnie i cięcie w macicy przedłużyć ku górze w miarę potrzeby.

W przypadkach podejrzanych pod względem czystości unikać należy operacji dodatkowych, jak np. wyjałowienia na drodze podwiązywania jajowodu, gdyż istnieje wówczas większe prawdopodobieństwo zakażenia otrzewnej.

W przebiegu pooperacyjnym radzi autor stosować preparaty salwarsanowe, gdyż, jak sądzi, podstawą zmniejszonej odporności pacjentki po

operacji jest w dużym odsetku przypadków kiła, jeśli nie nabyta, to dziedziczna, która zresztą może być również przyczyną nieprawidłowej budowy miednicy kostnej rodzącej.

Leczenie zakażenia połogowego w szczególności metodą wywoływania ropni. (Le traitement des infections puerpérales en particulier par les abscés de fixation). Sorrentino B.

Gynéc. Obstétr. T. XXIII, Nr. 6, str. 511, 1931.

Schemat leczenia przypadków zakażenia połogowego w szpitalu „Ospedali Riuniti" w Neapolu, na oddziale Dr. Capaldi jest następujący: injekcja 30—40 cm.³ surowicy przeciwpaciorkowcowej, potem przez 7—8 dni injekcje mleka po 8—10 cm.³ następnie dożylne wstrzykiwanie urotropiny i autohaemoterapja i wreszcie, jeśli dotychczasowe środki zawiodły, injekcja terpentyny (3 gr.) domięśniowo w udo w celu wywołania sztucznego ropnia.

Ostatnio wspomniany zabieg leczniczy, jakkolwiek bardzo bolesny, przynosi, zdaniem autora, niezaprzeczalną korzyść leczniczą. Sąd swój autor popiera przytoczonemi 4 krzywemi ciepłoty, które wykazują nagły spadek po wytworzeniu się ropnia i przecięciu tegoż. Jeśli ropień nie chce się wytworzyć S. radzi stosować nakłucia termokauterem okolicy przeznaczonej do zropienia — ma to mieć znakomite działanie przyśpieszające.

Z przeciwwskazań wspomnieć należy o drażniącym wpływie terpentyny na nerki, w którego skutku dojść może nawet do lekkiego wzmożenia azotu we krwi.

W sprawie gwałtownego rozszerzenia szyjki macicy w końcu ciąży w znieczuleniu lędźwiowem. (Au sujet de la dilatation du col de l'utérus en fin de grosesse sous rachianesthésie. (Methode de Delmas), Ginglinger A., Pinsan R.

Gynéc. et Obstétr. T. XX, str. 313, 1930.

Autorowie próbowali metody Delmasa w 21 przyp. z dobrym wynikiem w 11. Rozszerzenie szyjki istotnie nastąpiło bardzo szybko, dzieci uzyskano żywe, ale jednak metody tej polecać, zdaniem autora, nie można, a to głównie ze względu na niebezpieczeństwo dla matki, jakie leży w możliwości rozległych pęknięć szyjki.

W porównaniu jednak z innemi metodami gwałtownego rozszerzania szyjki, metoda Delmas'a uznana być musi za najlepszą; wskazanie do jej zastosowania postawione być winno jednak przez doświadczonego i znakomicie wyszkolonego położnika.

Dla ilustracji wartości metody autorowie przytaczają opis przypadku łożyska przodującego, w którym po gwałtownym rozszerzeniu szyjki przyszło do takiego krwotoku z jej pęknięcia, że ledwo laparotomją zdołano uratować życie chorej.

W sprawie kilku przypadków ciąży pozamacicznej i wylewów krwi do brzucha pochodzenia płciowego. (A propos de quelques cas de grossesse ectopique et d'inondation intrapéritonéale d'origine génitale). Muller G., Oberling Ch.

Gynéc. Obstétr. T. XXIII, Nr. 6, str. 481, 1931.

Autor omawia kilka przypadków ciąży pozamacicznej trudnych do rozpoznania, względnie wyróżniających się swym przebiegiem.

Częstym błędem ze strony lekarzy jest to, że biorą błonę doczesną wydaloną z macicy w przebiegu ciąży pozamacicznej za część jaja płodowego i, że na tej zasadzie rozpoznają ciążę wewnątrz maciczną, a co zatem idzie, przystępują do skrobania jamy macicy, prowadzącego łatwo do przebicia macicy lub do zakażenia.

Powikłaniem groźnym ciąży poza macicznej połączonej z krwistekiem poza macicznym jest zropienie tego ostatniego, gdyż może ono spowodować zakażenie otrzewnej w czasie operacji.

Ze względów rozpoznawczych pamiętać należy, że obustronna ciąża pozamaciczna nie należy do wielkich rzadkości, to też dwustronność zmian przydatkowych nie jest bynajmniej decydującym dowodem przemawiającym przeciwko rozpoznaniu ciąży.

Ciężkiem powikłaniem ciąży pozamacicznej utrudniającym ponadto rozpoznanie jest częściowa lub całkowita niedrożność, względnie niedowład jelit; ten ostatni bywa odruchowy, niedrożność zaś spowodowana przez zrosty powstające naskutek krwisteku okołotrąbkowego czy pozamacicznego.

Krew w jamie brzusznej niezawsze jest skutkiem ciąży pozamacicznej; pomijając przypadki krwawienia ze świeżego ciałka żółtego wspomnieć należy o możliwości przedostawania się krwi do jamy brzusznej po przez trąbki z macicy.

Jeden taki przypadek opisują autorowie.

Na zakończenie przypominają autorowie kilka objawów ułatwiających rozpoznanie ciąży pozamacicznej.

1) Zasinienie pępka — objaw Hoffstaetter-Cullen-Hellendal'a;

2) objaw Herzfeld'a — ból w prawym podżebrzu i prawym ramieniu naskutek podrażnienia nerwu przeponowego;

3) parcie na mocz w chwili pęknięcia jajowodu;

4) gwałtowny ostry ból przy ucisku na tylne sklepienie w czasie badania ginekologicznego;

5) w przypadkach wątpliwych wykonać należy punkcję tylnego sklepienia pochwy.

Uśpienie zapomocą avertyny podanej przez kiszkę prostą. (Etude de la narcose rectale à l'avertine). Guns P.

Rev. belge Scien. méd. T. II, str. 765, r. 1930.

Na zasadzie obserwacyj 25 przypadków autor zaleca avertinę do uśpienia w czasie operacji na drodze podawania jej per rectum. Autor zauważył spadek ciśnienia krwi, występujący w każdym przypadku głębokiego uśpienia. Spadek ten nie ustępuje pod wpływem podawania kamfory, kofeiny, cardiazolu. Zdaniem autora, spadek parcia tętniczego krwi jest sprawdzianem głębokiego snu, tak, że niewystępuje on tylko tam gdzie chora śpi płytko.

W sprawie przedoperacyjnego przygotowania chorych i zapobiegania pooperacyjnym powikłaniom. (A propos de la preparation des malades à l'operation et de la prophylaxie des suites opératoires). Galop M.

Bull. méd. r. 1931. I półrocze, str. 5.

Autor upatruje główną przyczynę zaburzeń pooperacyjnych w shocku nerwowym, to też radzi leczniczo i zapobiegawczo stosować lek pobudzają-

cy autonomiczny układ nerwowy, jakim jest pilokarpina, a właściwie roślina, z której otrzymuje się pilokarpina, mianowicie jaborandi. Na zasadzie 250 obserwacji nad osobami operowanemi autor zaleca przygotowawczo podawać przez 4—6 dni przed operacją trzy razy dziennie po 10 kropli rozczyn jaborandi po jedzeniu i prowadzić podobne leczenie przez pierwsze parę dni po operacji. W wyniku tego postępowania narkoza jest łatwiejsza i uśpienie występuje szybciej, i to przy użyciu ⅓ zwykłej dawki środka usypiającego, operowane budzą sie łatwiej i lżej, niema mdłości i wymiotów, brak zaburzeń w oddychaniu, kaszlu, nadmiernego wydzielania się śluzu w oskrzelach i t. d.; gazy odchodzą bez trudności, a na 2-gi dzień — nawet samoistny stolec; ponadto środek omawiany działa moczopędnie.

Operacja Bouilly (wycięcie przedniej ściany pochwy, odcięcie nadpochwowej części szyjki macicy, jako leczenie wypadnięcia narządu rodnego. (L'operation de Bouilly) colpectomie anterieure et amputation supra-vaginale du col dans le traitement des prolapsus génitaux). Lenormant Ch., Dreyfus P.

Gynéc. Obstétr. T. XXIV, Nr. 1, str. 1, 1931.

Operacja podana przez *Bouilly* składa się z 3 zasadniczych części:

1. Wycięcie płata śluzówki z przedniej ściany pochwy. Płat ten ma kształt trapezu o górnej podstawie szerszej, przebiegającej wpoprzek osi pochwy o 2—3 cm.[3] poniżej ujścia zewnętrznego cewki moczowej; bok dolny leży napoprzek części pochwowej tuż ponad ujściem zewnętrznym macicy, a boki boczne odpowiadają mniejwięcej bocznym granicom projekcji macicy na przednią ścianę pochwy po ściągnięciu macicy za część pochwową ku dołowi. Po zaznaczeniu nożem na śluzówce pochwy kształtu wyżej opisanego trapezu odpreparowuje się częściowo na tępo, częściowo na ostro pęcherz od przedniej ściany macicy, a potem przednią powierzchnię pęcherza od płata śluzówki przedniej ściany pochwy. W ten sposób uzyskuje się odpreparowany płatek śluzówki pochwy, który teraz usuwa się się jednem cięciem.

Pęcherz oddzielony od swego otoczenia usuwa się ku górze.

2. Odcięcie szyjki w jej części nadpochwowej.

Ta część operacji nie przedstawia większych trudności teraz, kiedy pęcherz usunięty już jest ku górze. Należy tylko pamiętać, że, aby uniknąć krwawienia w czasie lub po operacji ,należy podwiązać dolną gałązkę tętnicy macicznej, schodzącą w dół ku części pochwowej a ku sklepieniom bocznym pochwy. Gałązka ta dzieli się na dalsze rozgałęzienia tuż ponad przyczepem sklepienia pochwy do szyjki macicy, to też aby uzyskać zupełną i pewną haemostazę należy podwiązać omawiane naczynie ponad jego wejściem do pochwy. Technicznie dokonać tego można zapomocą zwykłego podkłucia przed przecięciem naczynia.

Teraz następuje sama amputacja szyi według zwykłej techniki, t. j. rozcięcie szyi na boki z wytworzeniem dwu płatów przedniego i tylnego odpreparowanie tylnej ściany pochwy z zsunięciem jej ku górze i klinowate wycięcie przedniej i tylnej wargi. Teraz zeszywamy brzeg górny rany w śluzówce przedniej ściany pochwy z brzegiem pozostałej po odcięciu przedniej wargi, i podobnie zeszywamy śluzówkę tylnej ściany z tylnym brzegiem szyi.

Baczyć pilnie należy, aby wspomniane wyżej szwy nakładane były z dokładną adoptacją i aby brzeg śluzówki dotykał śluzówki wyściełającej kanał szyi.

Oczywistą jest rzeczą, że pęcherz moczowy odsunięty ku górze nie może teraz załamkiem swym wypadać ku dołowi, gdyż przestrzeń od ujścia cewki do obecnego ujścia zewnętrznego macicy, czyli cała długość przedniej ściany pochwy wynosi zaledwie 2 — 3 cm.

3. Część trzecią operacji stanowi plastyka krocza, wykonana w dowolny sposób, metodą Hegara czy inną.

Głównem powikłaniem opisanej wyżej operacji może być krwawienie i to następowe z ewentualnem wytworzeniem się krwiaka, który zkolei ulec może zropieniu lub zposoczeniu; powikłanie to spowodować może rozejście się szwów, a nawet zejście śmiertelne na drodze wykrwawienia się lub zakażenia. Uszkodzenie pęcherza nie zdarzyło się autorom nigdy, uszkodzenie kiszki prostej raz jeden ,a przecięcie zatoki Douglasa niema żadnego znaczenia.

Wyniki lecznicze operacji Bouilly są dobre: L. i D. nie stwierdzili ani jednego nawrotu wśród 19 przypadków kontrolowanych niekiedy w kilka lat po operacji.

Do operacji tej nadają się przedewszystkiem przypadki obniżenia się narządu rodnego, względnie częściowego wypadnięcia u kobiet młodych, zdolnych do zapłodnienia.

Wspóistniejące tyłozgięcie macicy większego stopnia winno być leczone oddzielnie na drodze operacji brzusznej. Całkowite wypadnięcie macicy do operacji tej nie nadaje się.

Przewodnią myślą operacji jest leczenie przyczyn i skutków wypadania narządu rodnego według następującego schematu:

1) wycięcie przedniej ściany pochwy ma na celu zniesienie wystającego jej załamka, zniesienie i zapobieżenie wytworzeniu się zaułka pęcherza moczowego, jak również przymocowanie szyi macicznej ku przodowi.

2) Amputacja szyi dąży nietylko do skrócenia nadmiernie przerosłej i zgrubiałej szyi, ale czyni macicę lżejszą i przez to zmniejsza jej siłę ciążenia ku dołowi.

Ponadto naskutek odpreparowania szyi macicy dookoła wytwarza się w następstwie blizna łączno-tkankowa, stanowiąca znakomitą podporę dla macicy.

3. Plastyka krocza usuwa rectocoele i przywraca podtrzymujące działanie mięśniom dna macicy.

Leczenie wypadnięcia macicy. (Le traitement du prolapsus utérin). Shaw W. F.

Gynéc. Obstétr. T. XIII. Nr. 5, str. 445, 1931.

Shaw opisuje metodę operacyjną, która w ogólnych zarysach odpowiada przedniemu i tylnemu plastycznemu zeszyciu krocza z amputacją szyi.

Podstawą statyczną operacji jest zeszycie ze sobą włókien ścięgnisto mięśniowych przebiegających na przedniej powierzchni szyi, i wychodzących z podstawy więzadeł szerokich.

Skrócenie tych włókien przez zeszycie w linji

środkowej ma znakomicie podtrzymywać w przodozgięciu.

Z techniki opisanego zabiegu wspomnieć należy o sposobie pokrycia śluzówką pochwy kikuta po amputacji szyi: po wycięciu płata z przedniej ściany pochwy, obcina się okrężnie śluzówkę na tylnej powierzchni szyi i po amputacji wszywa się najpierw śluzówkę tylnej ściany pochwy w linji środkowej, potem partje sąsiednie, wreszcie kąty boczne w miejscu przejścia cięcia z przedniej ściany na tylną przymocowuje się do linji środkowej od przodu.

Kilka uwag w sprawie rzeżączkowego zapalenia pochwy. (Quelques notions sur la vaginite blenorragique). Iwanow.

Gynéc. Obstétr. T. XXIII, str. 128, 1931.

W myśl nowoczesnych poglądów rzeżączka u kobiety dojrzałej umiejscawia się w szyjce, nie zaś w śluzówce pochwy, która, zbudowana jak skóra, jest na zakażenie gonokokami odporna.

Inaczej rzecz się ma z dziewczynkami i kobietami nie miesiączkującemi, względnie skąpo miesiączkującemi; w tych przypadkach rzeżączka zająć może osłabioną śluzówkę pochwy.

Iwanow dochodzi do wniosków zaprzeczających przytoczonym wyżej poglądom; twierdzi on mianowicie, że dwoinki Neissera znajdują się nietylko w nabłonkach pochwy, ale przenikają wgłąb do tkanki podśluzówkowej i nawet do mięśniówki. Zdanie swe potwierdza autor badaniem mikroskopowem ściany pochwy w 5 przypadkach.

A więc gonokoki znajdować się mogą nietylko w upławach, wydzielinie z pochwy, ale także w samej śluzówce, czyli że istnieć może istotne zapalenie pochwy gonokokowe u kobiety dojrzałej i prawidłowo miesiączkującej.

Nowa metoda czasowego wyjałowienia kobiety. (Une nouvelle méthode de stérilisation temporaire chez la femme). Mourhardt P. E.

Gynéc. Obstétr. T. XXIII, Nr. 6, str. 518, 1931.

Autor omawia metodę Naujoks'a czasowego wyjałowienia kobiety, która jest odmianą metody Madlener'a, polegającej na zmiażdżeniu jajowodu, i podwiązaniu części zmiażdżonej.

Naujoks zaproponował, aby miażdżyć tylko część bańki jajowodu tuż przed jego lejkiem; sposób ten pozwala na pewne ubezpłodnienie kobiety, które jednak może być naprawione przez odcięcie części zmiażdżonej i salpingostomję; w ten sposób płodność może być przywrócona w każdej chwili, kiedy do tego wystąpią wskazania i warunki.

W sprawie zapobiegania zapaleniu żył i zatorów pooperacyjnych w ginekologji. (Sur la prophylaxie des phlebites et embolies post-opératoires en gynécologie). Chalier, André.

Bull. Soc. nat. Chir. Paris. T. LVII, str. 216, r. 1931.

Autor jest stronnikiem poglądu, że większość skrzepów żylnych jest aseptyczna, natomiast wielkie znaczenie mają takie czynniki jak wiek, konstytucja i schorzenie miejscowe. Predysponowane są do skrzepów przedewszystkiem osoby otyłe, cierpiące na zaburzenia w zakresie gruczołów wewnątrz-wydzielniczych, cierpiące na serce i nerki, wreszcie wykazujące żylaki lub nawet zapalenie żył. Czynnikiem wybitnie usposabiającym jest wzmożona krzepliwość i lepkość krwi, występująca często jako skutek krwawień przy mięśniakach i raku.

Toteż schorzeniem, w którem najczęściej przychodzi do zakrzepów w żyłach, jest mięśniak macicy i to podśluzowy.

Pragnąc zapobiec zapaleniom żył i zatorom należy przedewszystkiem unikać operacji w czasie epidemji grypy; przed operacją pacjentka winna być wszechstronnie zbadana, a więc poza obserwacją tętna, temperatury, parcia krwi zbadać należy wydolność czynnościową mięśnia sercowego, i krzepliwość krwi; w razie potrzeby należy przeprowadzić przygotowanie przedoperacyjne serca i naczyń krwionośnych i krwi (dla osłabienia krzepliwości krwi podawać można przed operacją wodę sodową z cytryną).

W czasie operacji pamiętać należy, aby układając chorą nie przymocowywać zbyt mocno kończyn, a stosując ułożenie Trendelenburga nie należy zbyt wysoko podnosić miednicy; technika operacyjna powinna odpowiadać ściśle zasadom jałowości operacyjnej, i winna być ostrożna, pozbawiona gwałtownych ruchów, rwania, miażdżenia; ponadto unikać należy podwiązywania dużych kikutów jedną podwiązką.

Po operacji chora winna otrzymywać dużo płynów, środki nasercowe z grupy digitalis, a u osób predysponowanych do zakrzepów autor radzi nawet pijawki na uda. Najważniejszą jednak rzeczą jest gimnastyka oddechowa po operacji i bardzo wczesne wstawanie, bo już na 3-ci najwyżej 5-ty (!) dzień. Podnoszenie pacjentki na 8-my dzień autor nie uważa za wczesne wstawanie po operacji.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Swędzenie i świerzbiączka. (Prurits-prurigos). Lucien Hudelo. G. Doin.

Paris, 1931. 40 stron. Cena 15 fr. fr.

I. Swędzenie pierwotne: W krajach, w których najczęściej spotyka się swędzące zmiany skórne i swędzenie pierwotne (St. Zjedn. Am., Europa środkowa i wschodnia) szczególnie usposobioną do tych schorzeń jest rasa żydowska. Dziedziczność (typ neuroartretyczny i kiła) i wiek (20 — 40 lat i wiek starczy) odgrywają też pewną rolę w usposobieniu do tych schorzeń. Oprócz licznych przyczyn fizykalnych, toksycznych, nerwowych, pochodzących ze zmiany składu krwi i zaburzeń w wydzielaniu endokrinów należy zawsze przyjąć istnienie wrodzonego lub nabytego stanu uczulenia. Według ostatnich badań jednym z objawów tego stanu jest łatwość występowania wstrząsów hemoklazycznych (choc hémoclasique) po spożyciu pokarmów w okresie napadu swędzenia. Występowaniem tych charakterystycznych zmian w krwi można wytłumaczyć pojawienie się swędzenia n. p. po zwykłej kąpieli, po szybkim marszu itp. Przyczynami przypadkowemi, wywołującemi bezpośrednio ukryty niejako atak swędzenia bywają najczęściej zaburzenia w przewodzie pokarmowym, często nagłe oziębienie skóry (po wieczornem zdjęciu odzieży). Swędzenie wywołuje odruchowo drapanie, czego następstwem są linijne i punktowate

zdarcia naskórka, uwypuklanie się przekrwionych mieszków włosowych skutkiem skurczu mięśni przymieszkowych. Powstałe w ten sposób grudki należy odróżnić od rzeczywistej grudki świerzbiączkowej, większej. Dalszemi następstwami drapania są zmiany ropne na skórze, przerost gruczołów skórnych w miejscu drapania, pigmentacje, zgrubienie skóry.

Główne postacie świądu ogólnego są następujące:

a) Świąd sezonowy, pojawia się w porze zimowej, często już w wieku dziecięcym, głównie na kończynach dolnych, może przejść w świerzbiączkę z rozległem zliszajowaceniem skóry. Świąd sezonowy pojawiający się latem jest właściwie świerzbiączką, gdyż towarzyszy mu obecność wykwitów pokrzywkowych i guzków, nawiedza przeważnie dzieci, prowadzi do zliszajowacenia skóry. W tych przypadkach podejrzewa się obecność jakiejś substancji uczulającej na światło (toksyna bakteryjna z przewodu pokarmowego);

b) świąd starczy pojawia się po 65 roku życia, jest wybitnie przewlekły, jego cechą znamienną jest to, że pomimo ustawicznego drapania poza pigmentacją nie powoduje innych zmian w skórze. Przyczyną jego pojawienia się jest prawdopodobnie niedomoga wątroby, nerek i endokrinów i podłoże t. zw. nerwowe;

c) świąd wątrobowy występuje w przypadkach długotrwałej żółtaczki, może przejść w świerzbiączkę (pojawienie się guzków). Należy zaznaczyć, że w przypadkach żółtaczki kiłowej i t. zw. arsenobenzolowej świądu często brak;

d) świąd nerkowy jest prawie stałym objawem w czasie uremji, w przypadkach pyelonephritis i nephritis chronica;

c) świąd ciężarnych a częściej świerzbiączka pojawia się około 3-ciego miesiąca ciąży równocześnie z wykwitami pokrzywkowemi, powoduje pojawianie się pigmentacji i zliszajowacenie skóry, jest skutkiem samozatrucia, białkomocz może mu nie towarzyszyć;

f) świąd diabetyczny bywa jużto uogólniony, bez zmian skórnych, jużto częściej miejscowy, powikłany różnego rodzaju wykwitami;

g) świąd w przebiegu schorzeń krwi jest zjawiskiem dosyć częstym (we wszelkiego rodzaju białaczkach i schorzeniach gruczołów limfatycznych) ma charakter napadowy, „kapryśny". W przypadkach mycosis fungoides świąd jest, w okresie, poprzedzającym pojawienie się guzów, objawem prawie stałym, wybitnie zaznaczonym.

W przypadkach świądu umiejscowionego o wiele łatwiej występuje zliszajowacenie i wypryszczenie. Oprócz wyżej wymienionych przyczyn ogólnych wchodzą w grę i przyczyny miejscowe, drażniące. Do najczęstszych postaci należą świąd odbytu i sromu.

a) Świąd odbytu, jeden z najuporczywszych nasuwa na myśl liczne przyczyny miejscowe: u dzieci do lat 12 należy podejrzewać obecność oxyuris vermicularis i dlatego należy badać zeskrobiny z odbytu wieczorem i szukać jaj pasożyta za paznogciami dzieci drapiących się. U dorosłych przyczyną świądu odbytu bywają najczęściej hemoroidy, dalej kłykciny, brodawczaki, polipy, przeczosy, pęknięcia i nowotwory. Z przyczyn ogólnych należy wymienić kiłę a zwłaszcza wiąd rdzenia, którego jedynym wczesnym objawem jest nieraz świąd odbytu. Śluzówka odbytu skutkiem częstego drapania staje się białawo szara, silnie pofałdowana, często pojawia się na niej przekrwienie i zmiany sączące. Sączące wypryski w otoczeniu odbytu spotyka się zwłaszcza często w przypadkach zakażenia śluzówki odbytu grzybem (epidermophyton).

b) Świąd sromu jest najczęściej następstwem obfitej wydzieliny z macicy, przyczem podłoże tej sprawy może być najrozmaitsze. Przyczyną ogólną świądu sromu może być każda amenorrhea, diabetes, kiła... Świąd sromu ma charakter napadowy, bywa bardzo gwałtowny, niekiedy może być ciągły. Skóra może dłuższy czas nie wykazywać zmian wtórnych, jeżeli jednak sprawa utrzymuje się latami, wtedy skóra grubieje ,owłosienie zanika, śluzówka ulega zeskórowaceniu. W następstwie tego może się pojawić szereg zaburzeń nerwowych. Wypryszczenie i zakażenie ropne często wikłają świąd sromu (zwłaszcza u diabetyczek). W przypadkach grzybicy sromu granice zmian skórnych są wyraźne, policykliczne, często obrączkowe.

c) Świąd napletka i żołędzi pojawia się w przypadkach przewlekłej rzeżączki, pozatem u diabetyków. Następstwa tego świądu bywają podobne, jak w przyp. świądu sromu.

d) Świąd moszny, jeden z najuporczywszych, powikłany bywa często neurastenją i melancholją, umiejscawia się zwykle w okolicy szwu moszny.

e) Świąd nosa i skrzydełek nosowych u neuroartretyków i astmatyków sprowadzają przewlekłe schorzenia jamy nosowej, gardła i sąsiadujących zatok. U dzieci cierpiących na helminthiasis często występuje świąd koniuszka nosa.

f) Świąd dłoni i podeszew poza przypadkami żółtaczki pojawia się w przypadkach zatrucia, nie powoduje powstania zmian wtórnych.

II. Dermatozy przewlekłe, których pierwotnym objawem jest świąd, a następnym nieodzownym zmiany na skórze, można podzielić na ograniczone i uogólnione (rozlane).

Z wielu nazw ograniczonych dermator swędzących najczęściej używane są lichen simplex (Vidal), neurodermitis circumscripta. Etjologja i tej także grupy schorzeń nie jest ściśle określona. Podłoże stanowią te same czynniki co i w przypadkach świądu ogólnego. Zmiany te umiejscawiają się zwykle na karku, na wewnętrznej powierzchni górnych części ud, w okolicy kości krzyżowej, w otoczeniu organów płciowych, na grzbiecie stopy i w przegubach łokciowych i kolanowych. Początek schorzenia często łączy się ze wstrząsem psychicznym. Wcześniej lub później pojawia się zliszajowacenie skóry. Skóra staje się zgrubiała, silnie pigmentowana, wyraźnie poletkowata, przypomina niekiedy mozaikę, poprzecinaną głębokiemi bruzdami. Schorzenie jest długotrwałe, odznacza się skłonnością do nawrotów. Niekiedy można w tych miejscach zauważyć odbarwienia i brodawkowate wegetacje.

Do grupy schorzeń cechujących się powstaniem rozlanych zmian swędzących na skórze należy neurodermitis diffusa (Brocq) lub prurigo simplex diffusa. Do tej grupy zalicza się omówione już przypadki swędzenia ogólnego, przebiegające z występowaniem wykwitów na skórze (prurigo hiemalis, gestationis, i t. d.). Wykwity w tej

grupie nie mają znamiennego wyglądu (bąble, rumienie pokrzywkowe, wypryszczenie...). Dyskretne objawy zliszajowacenia występują zawsze. Do tej grupy należy również t. zw. prurigo Besnier'a, schorzenie rozpoczynające się we wczesnej młodości. Wykwity tego schorzenia mają szczególną skłonność do wypryszczenia i sączenia zwłaszcza na twarzy i owłosionej skórze głowy. Z wiekiem stopniowo wykwity ustępują a pojawiają się ataki astmy, gorączki siennej, migreny. W przypadkach ciężkich schorzenie to staje się podobnem do świerzbiączki Hebry, różni się tylko umiejscowieniem zmian przeważnie w przegubach i obfitem stałem sączeniem.

III. Świerzbiączki rzeczywiste guzkowate obejmują:

1. Prurigo simplex acuta, schorzenie występujące w 2 postaciach

a) dziecięca, częsta u niemowląt, najbardziej zbliżona do pokrzywki jest następstwem wadliwego żywienia. Wykwity pokrzywkowe pojawiają się nagle po krótkim okresie nieznacznego podniesienia ciepłoty, znikają w ciągu 12 — 15 godzin, pozostawiając długotrwałą grudkę, wielkości łepka szpilki. Grudki mogą przeobrazić się w krosty. Schorzenie ma charakter napadowy, stopniowo wygasa w wieku 3 — 8 lat;

b) postać pojawiająca się u dorosłych w wieku 15 — 25 lat jest następstwem ostrego zatrucia pokarmowego, zaburzeń żołądkowo-jelitowych. Wykwity grudkowe silnie swędzące pojawiają się nagle, ustępują w ciągu kilku dni. Rozpoznanie tego schorzenia należy jednak stawiać zawsze po wykluczeniu szkodliwego działania jakiegoś czynnika zewnętrznego na skórę.

2. Prurigo chronica:

a) Prurigo Hebrae jest schorzeniem poza Europą środkową i wschodnią prawie niespotykanym. Nawiedza najczęściej ludność ubogą i żydowską. Początek schorzenia, którego etjologja jest niejasna, przypada na 2 — 5 rok życia, występuje częściej u chłopców. Ważną rolę w powstawaniu tego schorzenia zdaje się odgrywać nędzne odżywianie i niedostateczne utrzymywanie skóry w czystości. Początkiem schorzenia jest t. zw. strophulus. Wtedy to pojawiają się okresowo u dziecka nieraz już w 1 roku życia pokrzywkowate bąble a po pewnym czasie obok bąbli także i właściwe dla tego schorzenia grudki twarde, suche, blade, silnie swędzące. Po ich drapaniu skóra pokrywa się strupkami i białawymi blizenkami, dając charakterystyczny obraz dla tego schorzenia. Zliszajowacenie skóry pojawia się z reguły, zmiany sączące są częste. Schorzenie oszczędza owłosioną skórę głowy, w małym stopniu zajmuje twarz i tułów. Sadowi się głównie na wyprostnych powierzchniach kończyn, nie zajmując prawie wcale powierzchni zginaczy. Stałym objawem jest stwardnienie i powiększenie wszystkich gruczołów chłonnych. Dzieci dotknięte tym schorzeniem są blade, wykazują zwykle eozynofilję, cierpią na bezsenność a z czasem na różne przypadłości nerwowe. Schorzenie nasila się zimą, około 20 do 25 roku życia słabnie. Nieuleczalność wbrew zdaniu Hebry nie jest według autora częstą.

b) Prurigo nodularis: schorzenie dosyć rzadkie pojawia się u kobiet w wieku średnim, w postaci dużych guzków półkulistych, rozsianych na skórze tułowia i kończyn, rzadziej na twarzy. Schorzenie jest bardzo długotrwałe wyjątkowo uleczalne bezpowrotnie. Schorzenie to identyfikuje szereg autorów z innemi grupami, autor uważa je za jednostkę chorobową, z którą łączy szereg zmian guzowatych, swędzących (lichénification géante).

c) Prurigo lymphadenica może wystąpić w przebiegu licznych rodzajów białaczek, a zwłaszcza w przebiegu lymphogranuloma malignum. Wykwitom guzkowatym twardym i pokrzywkowym, żywo czerwonym rzadko towarzyszą wtórne zmiany ropne, zliszajowacenie bywa nieznaczne. Zwykle współistnieje powiększenie gruczołów limfatycznych i śledziony, stany gorączkowe i zmiany w składzie krwi.

Leczenie swędzenia i świerzbiączek polega na zachowaniu ogólnych zasad higjeny, na leczeniu tych stanów, które stwierdzają podłoże korzystne dla zmian swędzących skóry (stany limfatyczne i neuro - artretyczne u dzieci, kiła wrodzona), uregulowaniu czynności przewodu pokarmowego, wprowadzeniu odpowiedniej djety (mlecznej, mleczno warzywnej, warzywno-owocowej). Podawanie uspokajających leków doustnie zwykle bywa bezskuteczne. Leczenie wstrząsowe i przeciwkoloidoklazyczne daje niejednokrotnie dobre wyniki zwłaszcza winianem ergotaminy (tartrate d'ergotamine) autohemo i autoseroterapją, peptonem, entero szczepionkami. Ponadto zaleca się leczenie fizykalne (kąpiele, naświetlenia, masaże i leczenie klimatyczne), ze środków stosowanych miejscowo zwilżania ciepłymi płynami jak roztwory kamfory, mentholu, kwasu karbol., naphtolu i t. p., maści obojętne lub znieczulające z dodatkiem extr bellad., cocain, thebain, maści uśmierzające świąd (pasty camforowe, mentolowe 1%, maści kwaśne z dodatkiem kwasu winnego, salicylowego, karbolowego). Maści redukujące (siarkowo-dziegciowe) poleca się zwłaszcza w przypadkach zmian ograniczonych.

W sprawie leczenia przeciwkiłowego. (Discussions à propos de traitements antisyphilitiques). J. Jadassohn.

(Arch. Dermato-Syph. 1931. Tom III. Fasc. I).

Za środek wartościowy w zapobieganiu kile uważa autor Stovarsol, którego istotnej wartości zapobiegawczej nie docenia się ze względu na konieczność równoczesnego stosowania miejscowego innych środków, zapobiegających zakażeniu wiewiórem i prątkami Ducrey'a. W związku z zapobieganiem kile podnosi autor fakt stwierdzenia licznych krętków w kanałach dróg rodnych u osobników narażających się na zakażenie, u których dłuższe obserwacje ani klinicznych ani serologicznych cech kiły nie wykazały. Zakaźność kiły nie jest więc tak nieunikniona, jak się powszechnie przypuszcza. Wprawdzie w przypadkach kiły doświadczalnej u zwierząt krętki bardzo szybko przedostają się z powierzchni zakażonych do głębiej leżących gruczołów chłonnych i dlatego u zwierząt wszelkie środki zapobiegawcze temu zakażeniu zawodzą, to jednak u ludzi stosunki są nieco odmienne. Krętek zakażający organizm ludzki może czas dłuższy pozostawać na powierzchni i dlatego leczenie zapobiegawcze u ludzi ma widoki powodzenia. Autor omawia w dalszym ciągu sposób leczenia kiły w zależności od konstytucji zakażonego i

podaje kilka zestawień, z których wynika, że wczesne, energiczne, leczenie kiły nie zwiększa częstości pojawiania się późnych i poważnych schorzeń kiłowych (tabes, aortitis, paral. progr.) przeciwnie należy podnieść częstość powyższych powikłań u kiłowych, niedostatecznie leczonych.

Leczenie kiły wrodzonej. (Traitement de l'hérédosyphilis). H. G o u g e r o t.
(Arch. Dermato-Syph. 1931. Tom III. Fasc. I).

Najlepszym sposobem zapobiegania kile wrodzonej jest leczenie kiły rodziców. Leczenie to jest konieczne w przypadku istnienia objawów klinicznych kiły lub dodatnich odczynów serologicznych u jednego choćby z rodziców. Niewyleczenie ojca zmusza zawsze do leczenia matki, chociażby ta wydawała się zdrowa. Trudniejsze zagadnienie do rozstrzygnięcia istnieje wtedy, gdy ojciec kiłowy wydaje się być wyleczony, a matka nigdy nie miała ani klinicznych, ani serologicznych objawów kiły. Takie matki niejednokrotnie rodzą przedwcześnie zmacerowane płody. Niektórzy lekarze leczą zawsze i te tak zwane zdrowe matki.

Autor polecał leczyć specyficznie nawet w przypadkach ujemnego odczynu Bordet-Wassermanna:
a) kiłowych „wyleczonych", u których odczyn B. W. jest ujemny mniej jak 4 lata bez przerwy, b) matki z kiłą wrodzoną, z objawami dystroficznemi, c) kobiety, które uprzednio roniły lub rodziły płody martwe lub dzieci z dystroficznemi objawami kiłowemi.

Leczyć powinno się od najwcześniejszych okresów ciąży, gdyż takie tylko postępowanie zwiększa szanse urodzenia zdrowego donoszonego dziecka. Leczenie ciężarnych wyłącznie rtęcią bardzo często zawodzi (według *Sauvage'a* ciężarne leczone wyłącznie rtęcią rodziły 14,72% dzieci kiłowych i 19% płodów zmacerowanych).

Na drugiem miejscu stawia autor leczenie wyłącznie bizmutowe (Sollmuth, Bivatol, Cardyl), które przeprowadza się jedynie w przypadkach nieznoszenia arsenobenzoli. Dobrą stroną tych leków jest ich względnie mała toksyczność. Najdzielniejszym lekiem jest arseno benzol, który autor stosuje chętniej domięśniowo. Ten sposób jest bardziej bolesny lecz bezpieczniejszy. Znane są przypadki wywołania poronienia przy stosowaniu dożylnem neoarsenobenzolu.

Leczenie niemowląt kiłowych zależy od postaci klinicznej schorzenia. Ciężkie postaci kiły wrodzonej jak pneumonia caseosa, hepatitis i t. d. wymagają energicznego leczenia arsenobenzolem (wstrzykiwania domięśniowe w ilości 0.006-0.015 na kilogr. wagi). Postaci lżejsze można leczyć mniejszemi dawkami neoars. (0.003). Autor poleca następujący schemat leczenia niemowląt kiłowych z objawami.

I i II kuracja arsenobenz., III kur. bismutowa lub rtęciowa, IV kur. rtęciowa, V kur. arsenob. i t. d. naprzemian leczenie As. Bi. i Hg. zależnie od rozwoju dziecka i od ustępowania objawów. Zamiast wstrzykiwań arsenobenzolu można z dobrym wynikiem podawać doustnie treparsol lub stovarsol.

Podstawowym lekiem utajonych postaci kiły wrodzonej jest rtęć, którą najlepiej stosować, wstrzykując domięśniowo, można także w postaci wcierek (0.5 — 2 gr. 30% maści kalomel lub Hg ciner.). Leczenie rtęcią należy łączyć z wstrzykiwaniami arsenobenzolu (co 5 — 7 dni). Czas trwania 1 kuracji wynosi do 8 tyg.

Wielu autorów poleca łączyć leczenie specyficzne z podawaniem preparatów gruczołowych, gdyż te preparaty wzmacniają działanie właściwych leków przeciwkiłowych. Ogółem leczenie kiły wrodzonej jest podobne do leczenia kiły nabytej, powinno trwać najmniej 5 lat od czasu zniknięcia objawów czynnej kiły.

Zofja Jastrzębska.

B I B L J O G R A F J A.

Pratique médicale illustrée. G. Doin. Paris. *)

E. Lesné, A. Boutelier. La Syphilis héréditaire.
53 str. Cena 14 fr. fr.

Zasłużone wydawnictwo *G. Doin'a* pod tytułem ogólnym *„La pratique médicale illustrée"* wzbogaciło się znowu o kilka zeszytów, jak zwykle poświęconych aktualnym zagadnieniom medycyny. Pierwszy z tych tu omawianych zeszytów dotyczy tematu niezmiernie doniosłego w życiu, we Francji słusznie oddawna docenianego, u nas jednakże może nieco mniej popularnego, mianowicie kiły wrodzonej utajonej. Właśnie wśród tych mniej ogólnie znanych postaci najwięcej zdarza się błędów rozpoznawczych i dlatego krótkie, a niezmiernie przejrzyste, ujęcie przedmiotu tego w powyższym zeszycie zasługuje na uwagę ogółu lekarzy, a w pierwszym rzędzie pedjatrów.

E. Donzelot. L'Infarctus du myocarde.
24 str. Cena 8 fr. fr.

Króciutka monografja zajmująca się od dość niedawna szerzej znaną sprawą zawału mięśnia sercowego. Pomimo swej zwięzłości znajdziemy w tej monografji nie tylko jasne przedstawienie etjologji, anatomji patologicznej, obrazu klinicznego i leczenia, lecz jeszcze ponadto rozdział poświęcony zmianom w elektrokardjogrammie oraz dość obfite piśmiennictwo przedmiotu.

*) Patrz też streszczenie monografji Hudelo z tego samego zbioru w dziale streszczeń.

Merklen i E. Aron. Les cardio-renaux.
42 str. Cena 15 fr. fr.

I w tym zeszycie wybitni specjaliści w sposób zwięzły oświetlają, może jedno z najciekawszych zagadnień, jakie napotykamy i w klinice i w życiu codziennem. Zespół sercowo nerkowy, tak częsty, a tak groźny w swym zejściu niewątpliwie już dawno zasługiwał na dokładniejsze omówienie, tembardziej, że właśnie w ostatnich czasach poglądy w wielu punktach uległy zmianie. Czynią to z precyzją autorzy wyodrębniając przedewszystkiem pojęcie zespołu sercowonerkowego, wskazując na rozmaitą w rozmaitych przypadkach zależność zmian sercowych i nerkowych i vice versa. Wreszcie w osobnym rozdziale zastanawiają się autorzy nad doniosłą kwestją rokowania u tych chorych.

E. Sergent. L'auscultation.
55 stron. Cena 16 fr. fr.

Nietylko student lub lekarz początkujący, ale i wytrawny internista przeczyta powyższe dziełko jednego z największych współczesnych klinicystów francuskich z dużą · przyjemnością i niemniejszą korzyścią, jest to bowiem jedno z tych dzieł, którymi słusznie szczycą się Francuzi. Jasność rozumowania i wykładu, śliczny styl, umiejętność należytego uwypuklenia rzeczy ważniejszych, ekonomja słów — wszystko składa się na całość, mogącą służyć wzorem dla innych autorów.

G. Caussade, A. Tardieu. Rhumatisme articulaire aigu.
48 stron. Cena 15 fr. fr.

Autorzy zajmują się sprawami płucnymi i opłucnowymi wynikłymi w przebiegu ostrego gośćca. Są to przeważnie sprawy wywołane przez właściwy czynnik gośćcowy, jednak poświęcają autorzy kilka słów i stosunkowi gruźlicy do gośćca. Najciekawszą i najważniejszą bodaj częścią dla lekarza praktycznego będzie rozdział traktujący o leczeniu, a właściwie o umiejętnie przeprowadzonej kuracji salicylowej. Sposób, postacie podawania salicylu, jakoteż występujące powikłania są tak szczegółowo uwzględnione, że ta część dziełka stanowi istną skarbnicę dla każdego zamierzającego stosować salicyl w dawkach dużych. Rozdział poświęcony przypadkom opornym na działanie salicylowej terapji zakańcza to ze wszechmiar godne polecenia dziełko.

P. Ribierre, E. Pichon. Manuel de pathologie rénale.
G. Doin. Paris 1931. 710 stron. Cena 90 fr. fr.

Podręcznik Ribierre'a wydany po jego śmierci przez ucznia i współpracownika *E. Pichon'a* należy do najlepszych w tej dziedzinie, szczególnie zasługuje na zaznaczenie zupełnie nowoczesny i jednolity podział spraw chorobowych. Dzieło nie nadaje się do krótkiego omówienia — wymagałoby dłuższego referatu, wystarczy, jeżeli powiemy, że poznanie bliżej patologji nerek w sposób najkrótszy i najprzyjemniejszy umożliwia podręcznik *Ribierre'a*, pozbawiony jest on bowiem wszelkiego niepotrzebnego balastu. Jedyny zarzut, który można uczynić — to dość mierne i nieliczne rysunki.

Robert Worms. Les accidents nerveux consécutifs aux pértes de sang.
G. Doin. Paris. 1931. 208 stron. Cena 32 fr. fr.

Monografja bardzo cenna, zwłaszcza dla neurologów oraz tych specjalności, w których duże utraty krwi są zdarzeniem częstem, jak np. w akuszerji, chirurgji i t. d. W dziele tem znajdujemy nie tylko bardzo drobiazgowo opracowaną część kliniczną, ale ponadto i część doświadczalną, albowiem autor usiłował wywoływać drogą upustów krwi u zwierząt objawy spostrzegane u ludzi. Wynikiem tych doświadczeń było stwierdzenie, że objawy powyższe dają się odtworzyć, jeżeli do utraty krwi dołączymy jeszcze miejscowe uszkodzenie układu nerwowego, stąd wniosek, że i w klinice objawy nerwowe (o bardzo różnorodnem, nawiasem mówiąc, obliczu) występują u osobników z mniej wartościowym układem nerwowym. Utrata krwi jest więc raczej czynnikiem wywołującym, aniżeli właściwą przyczyną tych objawów. Bardzo dokładne zestawienie piśmiennictwa podnosi jeszcze bardziej i tak nieprzeciętną wartość omawianego dzieła.

Daniel Critzman. La goutte.
G. Doin. Paris. 1931. 240 stron. Cena 25 fr. fr.

Bardzo cenna książeczka dla lekarza praktyka, gdyż unikając zbędnej rozwlekłości w sposób jasny i treściwy przedstawia obecne zapatrywania na istotę choroby,

z zaakcentowaniem osobistego poglądu autora o dużej roli nerek w tej sprawie; omawia obraz kliniczny, powikłania i wreszcie leczenie, zupełnie słusznie główny nacisk czyniąc na leczenie dietetyczne, które zostało bardzo szczegółowo uwzględnione.

M. Nathan. Les malades dits imaginaires. *G. Doin. Paris. 1931. 134 strony. Cena 14 fr. fr.*

Dziełko to powinno znaleźć się w rękach każdego lekarza, któż bowiem nie styka się z tak zwanemi urojonemi chorobami, mniejsza, czy będziemy je traktować jako histerję, czy też bagatelizować w inny sposób. Autor przedstawia nam najsamprzód liczne przykłady chorób tylko wskutek błędu rozpoznawczego zaliczanych do powyższej kategorji, a więc chorób o trudno uchwytnej, lecz temniemniej istniejącej przyczynie organicznej. Nie są to więc choroby urojone. W następnych rozdziałach przy pomocy bardzo dokładnych i wszechstronnych badań, w tym rzędzie i psychoanalitycznych, wykazuje autor, że i inne, t. zw. urojone schorzenia posiadają jednak cechy istotnych spraw chorobowych: rozmaite fobje, różne postacie hypochondrji i t. p. znajdują tu swe omówienie. Kończąc swe dziełko wskazówkami leczniczemi, wysnuwa autor słuszny wniosek, że właściwe „urojone“ schorzenia nie istnieją, wszędzie uda się przy pewnej dokładności i cierpliwości wykryć zmiany patologiczne i, co więcej, odpowiednio na nie zadziałać, tem samem powodując wyleczenie.

Pierre Pruvost. Appareil respiratoire. *G. Doin. Paris. 1931. 611 stron. Cena 55 fr. fr.*

Jak i inne wydania z cyklu *„Les consultations journalières“*, dziełko to, przeznaczone w pierwszym rzędzie dla lekarza praktyka, odznacza się zwięzłością i przewagą strony leczniczej, bardzo szczegółowo omówionej. Przedstawione zostały wszelkie postacie schorzeń narządów oddechowych z wyjątkiem gruźlicy, potraktowanej bardzo pobieżnie, ponieważ inna książeczka tego samego zbiorku znowuż tylko sprawy gruźlicze omawia. Dziełko referowane jest szczególnie cenne dla początkującego, lecz i starszy lekarz znajdzie w niem rzeczy ciekawe, zwłaszcza z zakresu nowych metod leczenia.

KRONIKA.

W dn. 5 do 7 października 1931 r. odbędzie się VII Kongres Pedjatrów Francuskich w Strasburgu.

Program naukowy obejmuje następujące tematy 1) gorączka pokarmowa, 2) diagnostyka i leczenie nowotworów mózgowych u dzieci, 3) postacie poronne i nietypowe awitaminozy wczesnego dzieciństwa.

Program społeczny obejmuje zagadnienie organizacji ochrony macierzyńskiej i dziecięcej we Francji.

Sekretarzem Kongresu 18, rue des Veaux, Strasburg jest dr. W o r i n g e r.

Kurs dokształcający zespołów sercowych (niedomoga serca, dusznica bolesna, bóle okolicy serca, zapaści) pod kierownictwem Lian'a i przy współpracy wybitnych specjalistów odbędzie się w Paryżu w szpitalu Tenon (4 rue de la Chine) w czasie od 9 do 19 listopada. Kurs składa się z wykładów ,pokazów klinicznych, pokazów metod badania, preparatów etc. Wpis wynosi 250 fr. fr.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska“.
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O.** 15.785.

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54. TEL.: 615-56 I 212-40.